

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»

Международная
научно-практическая конференция
«Медицина на рубеже веков:
к 100-летию Первой мировой войны»

Сборник материалов

Гродно
ГрГМУ
2014

ББК 61+615.1(091)
УДК 5г
М 34

Рекомендовано к изданию Редакционно-издательским советом
УО «ГрГМУ» (протокол № 10 от 10.09.2014).

Редакционная коллегия: Э.А. Вальчук (отв. ред.),
Е.М. Тищенко (отв. ред.).

Рецензенты: зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет», проф., д-р мед. наук
В.С. Глушанко;
зав. каф. общей гигиены и экологии УО «Гродненский
государственный медицинский университет», доц.,
д-р мед. наук И.А. Наумов.

М 34 **Международная** научно-практическая конференция «Ме-
дицина на рубеже веков: к 100-летию Первой мировой войны» :
сборник материалов / Э.А. Вальчук (отв. ред.), Е.М. Тищенко
(отв. ред.). – Гродно, ГрГМУ, 2014. – 504 с.

ISBN 978-985-558-457-6.

Сборник содержит статьи по истории медицины, здравоохранении,
сестринского дела, медицинского образования, фармации. Конференция
посвящена столетию Первой мировой войны. Преимущественно сохранена
авторская редакция статей, материалы конференции, несомненно, будут
полезны всем, кто интересуется историей медицины.

ББК 61+615.1(091)
УДК 5г

ISBN 978-985-558-457-6

© УО «ГрГМУ», 2014

Пиневич Д.Л., Вальчук Э.А., Тищенко Е.М., Филонюк В.А.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ (90-ЫЕ ГОДЫ XX ВЕКА – ПЕРВОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ XXI ВЕКА)

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования,
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

27 июля 1990г. Верховный Совет БССР принял декларацию о государственном суверенитете, а 19 сентября 1991 г. утвердил новое название – Республика Беларусь. 10 декабря 1999г ратифицировано соглашение о создании Содружества независимых государств (СНГ). 15 марта 1994г. принята Конституция Республики Беларусь, а 10 июля 1994г. избран первый президент. В Конституции 1994г. был только декларирован принцип разделения властей. Новая редакция Конституции, принятая на референдуме 24 ноября 1996г., позволила восстановить равновесие трех ветвей власти, повысить статус исполнительной власти в системе государственных органов и ее роль в управлении государством и обществом.

Политическая независимость Беларуси утверждалась на фоне ухудшения социально-экономических условий и снижения жизненного уровня, в том числе и медицинских работников. Утверждение государственного суверенитета обусловило потребность и важность принятия на этом этапе пакета правовых документов по здравоохранению. Так, в республике были приняты семь профильных Законов: «О здравоохранении» (18 июня 1993г.), «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» (23 ноября 1993г., в новой редакции - 23 мая 2000г.), «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (17 октября 1994г.), «О донорстве крови и ее компонентов» (31 мая 1995г.), «О трансплантации органов и тканей человека» (4 марта 1997г.), «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (1999г.), «О Белорусском обществе Красного Креста» (2 октября 2000г.). Кроме того, вопросы охраны здоровья населения были регламентированы другими Законами. Прежде всего, следующими: «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» (22 января 1991г.); «О правовом режиме территорий, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС» (12 ноября 1991г.); «О государственной помощи семьям, воспитывающих детей» (1993г.); «О правах ребенка» (19 ноября 1993г.).

Более 20 лет мы живем в суверенной независимой Беларуси. В основу социальной направленности политики государства был положен принцип обеспечения конституционных прав и свобод граждан. Впервые право на охрану здоровья было гарантировано в ст. 45 Конституции Республики Беларусь 24 ноября 1996г. «гражданам Республики Беларусь га-

рантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания. Право граждан на охрану здоровья обеспечивается также развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием окружающей среды».

Здравоохранение Беларуси в эти годы функционировало в условиях реформирования, осуществляемого в рамках государственной системы здравоохранения. Реформы, проводимые в период обретения самостоятельности, затронули основные отраслевые структуры здравоохранения республики.

В первый период становления государственности усилия органов управления были направлены на поддержку и сохранение функционирующей системы здравоохранения, обеспечение стабилизации финансирования, сохранение достигнутых объемов медицинской помощи, оптимизацию показателей здоровья и деятельности медицинских организаций.

Политика Министерства здравоохранения, прежде всего, была направлена на упорядочение деятельности сети медицинских учреждений, рациональное использования ресурсов (финансов, кадров, коечного фонда), преимущественное развитие и поддержку системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Состояние здоровья населения – один из важнейших показателей общественного развития. В эти годы медико-демографическая ситуация в республике была достаточно сложной. С 1993г. в республике впервые был зарегистрирован отрицательный естественный прирост, динамика которого в последующие годы ухудшалась и достигла наиболее высоких уровней в 2002г. (естественный прирост минус 5,9 на 1000 населения), ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении составила всего – 68,0 лет (мужчины – 62,3; женщины – 74,1 лет). С 2003г. отмечается тенденция улучшения основных демографических показателей: увеличение рождаемости с 8,9 в 2002г. до 11,5 % в 2011г., смертности с 14,8 до 14,3 на 1000 населения. В 2011г. младенческая смертность составила 3,9 на 1000 родившихся живыми, материнская - 0,9 на 100 тыс. живорожденных. Зарегистрирована положительная динамика ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении, составившая в 2011г. всего (оба пола) – 70,6 лет (мужчины – 64,7; женщины -76,7 лет). В 2013г. коэффициент общей смертности населения уменьшился до 13,3 на 1000 населения, рождаемость увеличилась до 12,5 на 1000 населения, младенческая смертность составила 3,4 ‰, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении - 72,2 года, естественная убыль снизилась до 0,8 на 1000 населения. С учетом положительных миграционных процессов зарегистрирован естественный прирост населения почти на 4 000

человек. Эти показатели результат государственной политики в области здравоохранения, основные направления которой были сформулированы в законодательстве о здравоохранении.

Реализация концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 1998-2002 годы обеспечила стабилизацию работы отрасли. Реформы затронули основные сферы деятельности здравоохранения: управление, финансирование, кадровую политику, науку, образование, отраслевую структуру здравоохранения республики. В первую очередь были приняты на государственном уровне законодательные акты, обеспечивающие стабилизацию функционирования социальной сферы страны, в том числе и здравоохранения.

Следует отметить, что одной из отличительных черт реализуемой государственной политики здравоохранения было формирование и реализация государственных минимальных социальных стандартов. Национальным Собранием 11 ноября 1999г. был принят Закон № 323-З «О государственных минимальных социальных стандартах» (в ред. Законов Республики Беларусь от 04.01.2003 №180 – З, от 24.12.2007 №299–З), в соответствии с Законом в стране внедрена система государственных минимальных социальных стандартов (ГМСС) в области социальной сферы, являющихся обязательными для исполнения. Постановлением Совета Министров от 30.05.2003г. № 724 утверждено 5 ГМСС, относящихся к сфере здравоохранения. ГМСС пересматриваются каждые 5 лет и утверждаются постановлением Совета Министров. В настоящее время действуют 7 ГМСС в области здравоохранения (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 20.06.2007 № 811 «О внесении изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30.05.2003 №724»).

Основными задачами применения их в здравоохранении являются: предоставление медицинских услуг в полном объеме каждому жителю; увеличение реальной доступности и повышение качества бесплатной медицинской помощи; нормативное обеспечение формирования и использования средств республиканского и местных бюджетов и внебюджетных фондов; государственная поддержка здравоохранения.

Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003-2007 годы, одобренная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 8.10.2003 № 1276, сформулировала политику развития здравоохранения в условиях реализации новой социально-экономической модели здравоохранения Беларуси.

Функцию основного социального стандарта в области здравоохранения выполняет норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на 1 жителя в год.

Начиная с 2002г. планирование и выделение финансовых средств на оказание медицинской помощи населению осуществляется на основе это-

го норматива. Норматив ежегодно утверждается Законом «О бюджете» и является обязательным для исполнения территориальными органами управления всех уровней. Эти ассигнования отражают размер бюджетных средств для компенсации затрат организаций здравоохранения на предоставление бесплатной медицинской помощи, в соответствии с Законом «О бюджете».

Размер бюджетных средств, направляемых для компенсации затрат организаций здравоохранения на предоставление бесплатной медицинской помощи, ежегодно увеличивается (2002г. - 110 220 руб., \$ 69,8; 2012г. – 1 902 218 руб., \$ 228,1, 2014г. – 3 073 109 руб., \$ 323,5). На оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом скорой медицинской помощи направляются средства с 2014г. в расчете на одного жителя в размере не менее 40 % от общего объема финансирования расходов на здравоохранение, предусмотренных для соответствующей административно-территориальной единицы.

Уровень общих расходов на здравоохранение и доля государственного финансирования остаются в Беларуси относительно стабильными. По оценкам ВОЗ в 2010г. расходы на здравоохранение в Беларуси достигли 6,2 % ВВП. Эти расходы достигли максимума в 2001г. (6,6 % ВВП), что выше среднего по СНГ (5,8 %). На развитие ПМСП в 2011г. было направлено 38 % финансовых средств. Доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение составляет 74,9 %, что сопоставимо со средним показателем по ЕС (7,5 %), по СНГ – 56,3 %.

В 2013г. было обеспечено стабильное функционирование отрасли. Финансирование было определено на уровне 4,04% ВВП. Причем доля внебюджетных средств к общему объему финансирования расходов на здравоохранение составила 10,0% против (9,8 % в 2012 г.). Сэкономленные средства были перераспределены на первоочередные цели, значительная часть была направлена в финансовый резерв.

Первичная медико - санитарная помощь составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения. Ее развитие и поддержка гарантируются ГМСС, которые регламентируют деятельность участковых служб и общей врачебной практики. Норматив обеспеченности врачами общей практики – 1 врач на 1 300 жителей; терапевтами участковыми – на 1 700 жителей; педиатрами участковыми – 800 детей до 18 лет. На конец 2013г. 1 врач общей практики приходился (по занятым должностям) на 1188, участковый терапевт – 1647 взрослых, участковый педиатр – 714 детей до 18 лет. Так, по принципу врача общей практики работает 421 амбулатория из 636. Численность врачей общей практики в 2012г. составила 640.

Норматив обеспеченности койками утвержден на уровне 9 коек на 1000 жителей, фактическая обеспеченность койками в 2013г. составила 9,10 (без учета республиканских организаций) и 9,99 на 1000 населения –

с их учетом. С 1991г. по 2010г. сокращено более 24 500 больничных коек (обеспеченность койками в 1990г. составляла 128,6).

В системе ПМСП в последнее десятилетие получили развитие дневные стационары, уровень госпитализации в которые увеличился с 20,9 в 2002г. до 55,2 на 100 000 на жителей в 2011г., число проведенных койко-дней в них составило 432,0 на 1 000 населения.

Норматив обеспеченности аптеками для регионов – 1 аптека на 8 000, Минск – на 11 500 жителей, фактическая обеспеченность (всех форм собственности) – на 3159 жителей.

Обеспеченность бригадами скорой медицинской помощи для регионов 1 бригада на 12 000; для г. Минска – на 12 500 жителей, в среднем по республике фактическая обеспеченность составляет - одна бригада на 11 023 жителей.

В систему ГМСС введен норматив обеспеченности автотранспортом для амбулаторий, участковых больниц до 20 коек, больниц сестринского ухода (1 единица), участковых больниц мощностью более 20 коек (2 единицы). Все больницы и амбулатории республики в достаточном количестве обеспечены автотранспортом.

Что касается норматива санитарно-технического благоустройства организаций здравоохранения на селе (амбулаторий, участковых больниц, больниц сестринского ухода), то санитарно-техническая обеспеченность находится в стадии выполнения. Например, обеспеченность приточно-вытяжной вентиляцией этих учреждений составляет 100%; проточным водоснабжением хозяйственно-бытовой канализацией, системой водяного отопления амбулаторий – 99,8%, остальных – 100%.

Во всех агрогородках или на расстоянии не более 10 км от них функционируют лечебно-профилактические организации с условием розничной реализации лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента.

На основании ГМСС в области здравоохранения в административно-территориальных единицах республики разрабатываются и утверждаются территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (ТППГ). Это документ, определяющий перечень видов и объемов медицинской помощи, а также условий их предоставления гражданам за счет средств бюджета соответствующей административно-территориальной единицы. Он содержит территориальные нормативы по конкретным объемам медицинской помощи и плановые показатели их финансового обеспечения. Основой ТППГ является гарантированный государством объем медицинской и лекарственной помощи, предусматривающий оказание качественно регламентированной медицинской помощи по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, определяемый ежегодно Министерством здравоохранения.

Также роль отраслевых стандартов в системе здравоохранения выполняют клинические протоколы, использование которых лежит в основе системы управления качеством медицинской помощи.

Таким образом, виды и объемы медицинской помощи, оказываемой населению конкретной территории республики за счет государственного и местного бюджетов, закреплены в соответствующих нормативно-правовых актах различных уровней (республиканском, областном, городском, районном). Они расцениваются, как минимальные государственные уровни и могут быть изменены только в сторону увеличения в зависимости от конкретных условий: уровня заболеваемости и других факторов, влияющих на потребность в медицинской помощи, и финансовых возможностей конкретных территориальных образований.

Таким образом, важнейшими элементами реструктуризации здравоохранения были: сокращение коечного фонда; перераспределение потоков финансирования на развитие и поддержку ПМСП; внедрение стационарзамещающих технологий; совершенствование управления здравоохранением; формирование высокотехнологического республиканского уровня оказания медицинской помощи.

В области кадровой политики основными задачами были выработка эффективных механизмов закрепления кадров на местах, обеспечение их рационального использования, укомплектование вакантных должностей, создание непрерывной системы подготовки, повышения квалификации и переподготовки кадров, подготовка научных работников высшей квалификации и др.

Подготовка специалистов с высшим медицинским образованием осуществляется в четырех вузах по 8 медицинским специальностям, переподготовка и повышение квалификации в ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования». Подготовка, переподготовка и повышение квалификации специалистов со средним медицинским образованием проводится в 14 медицинских колледжах и трех центрах. В целом в Республике Беларусь работало на начало 2011г. 50 792 врача (53,6 на 10 000 нас.) и свыше 122 378 специалистов среднего звена (129,1 на 10 000 нас.). Обеспеченность практикующими специалистами составляет 30,5 на 10 000 нас.

На 01.01.2013 г. обеспеченность врачебными кадрами составила 51,6, практикующими врачами – 35,3, средним медперсоналом – 119,0 на 10 000 населения. С целью рационального распределения и использования кадровых ресурсов в здравоохранении Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.06.2009г. №61 «Об утверждении номенклатуры должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием» введена должность помощника врача. На конец 2010г. введено 732 должности против 62 в 2009г. В

амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения в 2013г. работали 1061 помощник врача.

Успешное развитие системы здравоохранения невозможно без эффективного научного обеспечения отрасли. За последние 5 лет (2008-2013гг.) закончено формирование республиканского уровня высокотехнологичной медицинской помощи.

Инновационное развитие здравоохранения требует подготовки научных работников. В республике в системе здравоохранения работает 3 661 научный работник, в том числе 360 докторов наук и 1 601 кандидат наук.

В настоящее время функционируют 17 Республиканских научно-практических центров (РНПЦ), в том числе «Кардиология», «Мать и дитя», «Травматологии и ортопедии», «Онкологии им. Н.Н. Александрова», «Трансплантации органов и тканей», «Неврологии и нейрохирургии», УЗ «9-я городская клиническая больница» и УП «ЛОТИОС» и др. Они являются ведущими специализированными организациями, координирующими научно-инновационную, организационно-методическую, лечебно-диагностическую, профилактическую и консультативную работу по соответствующему профилю.

Деятельность РНПЦ направлена на совершенствование диагностического, лечебного и реабилитационного процессов в республике, организационно-методическое руководство диагностической и консультативной помощью по соответствующему направлению деятельности, участие в разработке и реализации государственных и отраслевых научно - практических программ, утверждение в установленном порядке нормативно-технической и учетно-отчетной документации, подготовку кадрового потенциала, информационное обеспечение, организацию и проведение съездов, научно-практических конференций, семинаров, разработку протоколов, критериев контроля качества, норм и нормативов амбулаторно - поликлинической и стационарной помощи, разработку и внедрение новых медицинских технологий, лекарственных препаратов, организационных форм, повышение квалификации специалистов и др. В РНПЦ республики внедрены самые передовые в мире технологии оперативных вмешательств на печени, почках, поджелудочной железе. Так, в 2010г. выполнены 31 трансплантация печени, 22 трансплантации сердца, 115 трансплантаций почек, аорто-коронарных шунтирований – 1341, ангиопластик/стентирований коронарных артерий - 1754, коронарографий – 6498. Ежегодно в детском хирургическом центре проводятся около тысячи операций детям, за последние 5 лет сделано более 16 тысяч эндопротезирований крупных суставов внедрены в практику флуоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия предраковых заболеваний шейки матки, высокодозная брахитерапия при раке предстательной железы и др. Приоритетными направлениями медицинской науки являются геномные

подходы в изучении болезней человека, изучение молекулярных, иммунологических и биохимических механизмов патологии, клеточной трансплантации, биотехнологических основ синтеза новых лекарственных средств и др.

В перспективе основной акцент будет сделан на дальнейшее развитие биотехнологий, клеточную инженерию, проблемы нанобиологии, включая создание биосенсоров и информационных систем.

В области прикладных исследований приоритетами являются вопросы совершенствования системы управления и финансирования здравоохранения, разработка научных основ и новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, вопросы охраны здоровья матери и ребенка, разработка основ репродуктивного здоровья, исследования в области гигиены труда, профессиональных заболеваний, экологии, водоснабжения, питания. В 2014г. планируется выполнить в РНПЦ и областях республики аортокоронарных шунтирований на работающем сердце и ИК – 1890, клапанных коррекций (без интервенционных вмешательств) 1430, трансплантаций почки – 260, печени – 50, сердца – 15, костного мозга (взрослые и дети) – 170 эндопротезирований крупных суставов – 5400, кохлеарных имплантаций – 100.

Одной из важных черт белорусской модели здравоохранения на современном этапе – внедрение методов программно-целевого планирования. В первое десятилетие XXI века в Республике Беларусь большое внимание уделялось реализации социально значимых государственных программ в сфере демографической безопасности, борьбы с социально значимой патологией, профилактикой инвалидности и реабилитацией инвалидов, профилактики ВИЧ – инфекции, охраны здоровья матери и ребенка, возрождения села и др. Государственные программы предусматривали конкретные мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи, техническому переоснащению организаций здравоохранения, разработке и внедрению современных технологий в практику, решение кадровых вопросов и др.

В 2006 - 2010гг. исполнялась Президентская программа «Дети Беларуси», «Национальная программа демографической безопасности» и 24 государственные программы. Так, в соответствии с Государственной программой укрепления материально - технической базы учреждений здравоохранения на 2000-2002гг. и на период до 2005г завершено строительство 4 крупных объектов здравоохранения, создан РНПЦ радиационной медицины и экологии человека г. Гомель, проведен капитальный ремонт и укреплен материально-техническая база операционных блоков и реанимационных отделений перинатальных центров и центральных районных больниц республики, введено в эксплуатацию 10 объектов здравоохранения республиканского подчинения, оснащено медицинским оборудованием 688 амбулаторий и 108 ЦРБ и др.

В настоящее время реализуются следующие государственные и отраслевые программы: Национальная программа демографической безопасности на 2011-2015гг.; Государственная программа «Онкология» на 2010- 2014гг.; Государственная программа «Туберкулез» на 2010-2014гг.; Государственная программа «Кардиология» на 2011-2015гг.; Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011-2015гг.; Государственная программа профилактики ВИЧ-инфекции на 2011-2015гг.; Государственная программа укрепления аграрной экономики и развития сельских территорий на 2011- 2015гг.; Государственная программа инновационного развития Республики Беларусь на 2011-2015гг.; Государственная программа устойчивого развития села на 2011-2015гг. В процессе реализации государственных программ в 2012г. проведено около 11 тысяч кардиохирургических вмешательств, более 5 тысяч операций по эндопротезированию крупных суставов, около 200 высокотехнологичных эндоваскулярных и стереотаксических вмешательств пациентам с нейрохирургической патологией. В течение года выполнено 274 трансплантации органов, в том числе 201 трансплантация почки, 52 – печени, 21 – сердца, комплекс «сердце – почка», и комплекс «печень-почка».

В республике по инициативе РНПЦ «Кардиология» заработала система оказания этапной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом, кардиохирургами выполняются высокотехнологичные операции по замене клапана аорты рентгенэндоваскулярным способом, получила дальнейшее развитие интервенционная аритмология.

В республике проведены три первые трансплантации сердца у детей. В онкологии разработан метод органосохраняющего лечения инвазивного рака мочевого пузыря, в детской онкогематологии внедрена трансплантация аллогенных мезенхимальных стволовых клеток, в травматологии и ортопедии – инновационные медицинские технологии, позволяющие сократить закупки импортных конструкций и расходных материалов, нейрохирургами внедрены эффективные импортозамещающие технологии динамической стабилизации позвоночника и др.

Лекарственная политика нашего государства сохраняет социальную направленность. В республике сформирован сбалансированный фармацевтический рынок, включающий в себя более двух с половиной тысяч аптек всех форм собственности, из которых 65% - государственные.

Предпринимаются меры по развитию отечественной фармацевтической промышленности. В 2012г. создан Департамент фармацевтической промышленности. В настоящее время, из зарегистрированных в республике 6 тыс. наименований лекарственных средств, более 1 200 производится на 26 фармацевтических предприятиях. В основу стратегии лекарственного обеспечения поставлена цель увеличить в общем объеме закупок удельный вес отечественных лекарственных средств к 2015г. до 50%

(2008г.- 27,0%). Доля отечественных лекарственных средств на рынке республики составила в 2013г. 36,5%, зарегистрировано 103 новых лекарственных средства отечественного производства.

В 2002 - 2006гг. в республике создана более эффективная трехуровневая модель управления здравоохранением. Первый уровень республиканский (стратегический). Этот уровень представлен:

- Министерством здравоохранения Республики Беларусь;
- Организациями здравоохранения республиканского подчинения;
- Республиканскими научно-практическими центрами (РНПЦ 17);
- Департаментом фармацевтической промышленности (в составе 25 фармпредприятий), сформирован в 2011г.;
- Другие республиканскими медицинскими организациями (больницами реабилитации, госпиталями, центрами, хозрасчетными организациями)
- Учреждениями образования: 4 медицинских университета и Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО);
- Республиканским центром гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья;
- РУП «Белфармация»;
- УП «Белмедтехника» и др.

Второй уровень областной, региональный (тактический) в составе:

- Учреждения здравоохранения областного подчинения Областные больницы взрослая и детская, областные диспансеры;
- Областной аптечный склад;
- РУП «Фармация»;
- Областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья;
- Магазин «Медтехника».

Третий уровень районный (оперативный) представлен:

- Центральными районными больницами;
- Районными медицинскими организациями (поликлиники, диспансеры, скорая медицинская помощь и др.);
- Районными центрами гигиены и эпидемиологии;
- Центральными районными аптеками;
- Сельскими врачебными участками.

В 2004-2006гг. в целях упорядочения управления здравоохранением были ликвидированы городские и районные отделы здравоохранения, территориальные медицинские объединения. Функции управления территориальным здравоохранением были переданы центральным поликлиникам (больницам), в сельских районах центральным районным больницам. Участковые больницы, больницы сестринского ухода, врачебные амбулатории определены как структурные подразделения районных поликлиник,

фельдшерско-акушерские пункты включены в структуру участковых больниц и врачебных амбулаторий.

Объединение организаций здравоохранения, обслуживающих городское и сельское население, в областных центрах, городах областного подчинения улучшили доступность медицинской помощи сельскому населению, обеспечили единство управления сетью здравоохранения. На начало 2007г. в республике было организовано 614 врачебных амбулаторий, из них 376 амбулаторий общей врачебной практики, 104 больницы сестринского ухода, 182 участковые больницы, 2475 ФАПов. Акцент был определен на приближение врачебной помощи на селе. На конец 2012г. функционировало 806 врачебных амбулаторий, 2 324 ФАПа, 151 участковая больница, 108 больниц сестринского ухода.

Сформированная структура управления здравоохранением с вертикальной системой подчиненности обеспечила определенную децентрализацию полномочий с передачей их с республиканского на областной и районный уровни. За организацию медицинской помощи на соответствующей территории отвечают областные и районные органы управления здравоохранением и, соответственно, областные и районные органы государственного управления.

Управление системой здравоохранения в условиях социальной ориентации политики государства базируется на современных тенденциях и принципах охраны здоровья населения:

- ответственность государства за демографическую безопасность страны;
- межведомственный подход к охране и укреплению здоровья;
- ответственность и заинтересованность граждан в укреплении собственного здоровья;
- приоритетность мер профилактической направленности на основе формирования здорового образа жизни;
- качество и доступность медицинской помощи, в том числе лекарственного обеспечения;
- санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и его будущих поколений.

Литература

1. Закон Республики Беларусь 18 июня 1993г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении» (в ред. Законов (в ред. Законов Республики Беларусь от 20.06.2008 N 363-З, от 15.06.2009 N 27-З, от 31.12.2009 N 114-З, от 04.01.2010 N 109-З, от 15.07.2010 N 166-З, от 25.11.2011 N 318-З, от 13.12.2011 N 325-З, от 07.01.2012 N 344-З, от 10.07.2012 N426-З).

2. Здравоохранение Республики Беларусь: Офиц. стат. сборник за 2002г. - Минск: ГУ РНМБ. - 2003. - 356 с.

3. Здравоохранение Республики Беларусь: Офиц. стат. сборник за 2011г. - Минск: ГУ РНМБ, 2012. - 304 с.

4. Вальчук Э.А., Гулицкая Н.И., Царук Ф.П. Основы организационно - методической службы и статистического анализа в здравоохранении. – Минск: Харвест, 2007. - 400 с.

5. Вальчук Э.А., Романова А.П. Государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения: учебно-методическое пособие. – Минск: БелМАПО, 2013. - 39с.

6. Жарко В.И. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2011г. и основных направлениях деятельности на 2012г. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2012. - № 1. - с.4-15.

7. Жарко В.И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2013г. и основных направлениях деятельности на 2014г.//Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. -№1. – с.4-15.

8. Лосицкий И.Г. Система здравоохранения Республики Беларусь как производственный сектор// Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. - № 4. – с.4-10.

9. Республика Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / Жарко В.И., Малахова В.И., Новик И.И., Сачек М.М. Минск: Минсктиппроект, 2012. - 320 с.

10. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Беларуси в XX веках / Е.М.Тищенко. - Гродно, 2003.- 269 с.

Артюшкевич А.С.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В БЕЛАРУСИ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Становление хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в Беларуси тесно связано с развитием стоматологии и в целом.

До Октябрьской революции в Минске существовала частная зубо-врачебная школа со сроком обучения 2,5 года. Высокая плата за обучение, отсутствие педагогических кадров и небольшой набор учащихся не решали проблемы зубоврачебной помощи. Частнопрактикующие зубные врачи оказывали помощь преимущественно городскому зажиточному населению. На селе зубы не лечили, в лучшем случае больные пользовались хирургическими услугами фельдшеров.

После образования БССР, в 1919 г. Наркоматом здравоохранения была создана зубоврачебная секция, которая занималась организацией государственных зубоврачебных кабинетов и зубопротезных лабораторий. Активное участие в этом принимал Ю.К.Метлицкий, получивший звание зубного врача в Варшавском университете. Деятельность национализированной зубоврачебной школы была приостановлено в 1923 г. в связи с решением Наркомздрава о подготовке врачей-стоматологов из числа

лиц, оканчивающих медицинский факультет БГУ. В 1926 г. на медицинском факультете была впервые учреждена кафедра стоматологии. Ею заведовал хирург, доктор медицинских наук, профессор М.П.Соколовский, а с 1927-1930 г. – доцент И.М.Сторобинский. Его научные работы были посвящены изучению методов хирургического лечения открытого прикуса, анализу ошибок зубоврачебной хирургии и др. По сути, с этого периода в Белоруссии начала развиваться челюстно-лицевая хирургия. В 1930 г. в связи с переходом доцента И.М.Сторобинского на работу в Смоленский университет кафедру возглавил старший ассистент кафедры Ю.К.Метлицкий, он руководил ею до 1936 г. Почти в это же время, с 1933-1940 г. в должности ассистента работал К.И.Бердыган, окончивший 1926 г. I Ленинградский медицинский институт.

В связи с острой нехваткой зубоврачебных кадров 1931 г. вновь была открыта зубоврачебная школа. Это дало возможность в короткие сроки решить кадровый вопрос и улучшить оказание стоматологической помощи населению. К 1941 г. в республике, по данным Ю.К.Метлицкого, насчитывалось 147 врачей-стоматологов, 1200 зубных врачей и 200 зубных техников.

После Великой Отечественной войны стоматологическую службу пришлось создавать вновь. В 1944 г. возобновил свою деятельность Минский медицинский институт и при кафедре госпитальной хирургии был открыт курс стоматологии. Зав. курсом был назначен доцент Ю.К. Метлицкий, который в этой должности работал до 1962 г. После демобилизации в 1946 г. был снова зачислен на должность ассистента и К.И. Бердыган, который еще 1940 г. защитил кандидатскую диссертацию «Актиномикоз шейно-челюстно-лицевой области и отдаленные результаты комбинированного лечения».

В послевоенные годы большим событием в развитии стоматологии стало открытие на базе 3-ей клинической больницы стоматологического отделения, которое одновременно являлось практической базой стоматологического курса и зубоврачебной школы. Здесь успешно занимались оперативным лечением челюстно-лицевых больных доцент Ю.К. Метлицкий, кандидат медицинских наук К.И. Бердыган, врачи-ординаторы Е.Т. Шубина, Т.В. Фокина (она же была заведующей стоматологическим отделением), С.О. Левина, Е.М. Ивус и др. Кроме лечебной работы, все они занимались педагогической деятельностью в медицинском институте или зубоврачебной школе, а также вели научные исследования. Ю.К. Метлицкий и К.И. Бердыган работали над проблемами комплексного лечения огнестрельных повреждений челюстно-лицевой области, восстановительной и пластической хирургии, способами лечения переломов челюстей, а также продолжали изучение актиномикоза. Результатом проводимых исследований в 1957 г. явилась докторская диссертация К.И. Бердыганом «Комплексные методы лечения актиномикоза челюстно-лицевой

области и шеи и их отдаленные результаты», а в 1959 г. – кандидатская диссертация Т.В. Фокиной «Экспериментальные данные о заживлении переломов нижней челюсти». В это же время Т.В. Фокина работала ассистентом курса стоматологии МГМИ.

Дальнейшему повышению уровня и качества стоматологической помощи имело постановление Совета Министра от 1961 г. «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению».

В 1960 г. в МГМИ было открыто стоматологическое отделение. На первый курс было зачислено 100 человек (50 - на стационарное отделение, 50 – на заочно-очное отделение). В 1966 г. отделение реорганизовано в стоматологический факультет. В 1964 году из стоматологического отделения была выделена кафедра хирургической стоматологии, которой до 1979 г. руководила доцент Т.В. Фокина.

В это же время на кафедру были избраны по конкурсу имеющие богатый опыт лечебной и педагогической работы С.О. Левина, Е.М. Ивус, а после окончания целевой аспирантуры и успешной защиты кандидатской диссертации И.К. Королева. С 1966 г. после защиты кандидатской диссертации на кафедре работала А.Н. Василенко, в 1968 г. на кафедру избрана В.А. Соколова, которая в 1970 г. защитила диссертацию «Регионарная химиотерапия при лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области».

С 1980 г. кафедрой хирургической стоматологии, а затем челюстно-лицевой хирургии заведовал доктор медицинских наук, профессор О.П. Чудаков. Под руководством О.П. Чудакова защитили кандидатские диссертации: Бармуцкая А.З., Ластовка А.С., Глиник А.В., Быкадорова Л.Г., Маргунская В.А. Людчик Т.Б., Походенько-Чудакова И.О., Черченко Н.Н., Самсонов С.Л., Миронович С.И., Линькова И.И., Наконечный В.В. и др.

В 2008 г. защищена докторская диссертация доцентом Ластовкой А.С. «Органосохраняющая микрохирургия больных слюнных желез». В настоящее время кафедрой челюстно-лицевой хирургии БГМУ заведует профессор Ластовка А.С. Кафедрой хирургической стоматологии БГМУ заведует доктор медицинских наук, профессор Походенько-Чудакова И.О.

В 1958 г. при активном участии Ю.К. Метлицкого, Т.В. Фокиной и К.И. Бердыгана в Белорусском институте усовершенствовании врачей был организован курс стоматологии, а через год кафедра – стоматологии, которой на протяжении 14 лет руководил профессор К.И. Бердыган. На этой кафедре проводилось усовершенствование стоматологов и зубных врачей по терапевтической и хирургической стоматологии. Первыми преподавателями кафедры были Т.Ф. Околот, К.М. Троицкая, Е.Т. Шубина.

Обучение проводилось на базе кафедры стоматологии МГМИ, поскольку собственной клинической базы не было. В 1964 г. во 2-ой клинической больницы было открыто стоматологическое отделение на 40 коек,

ставшее клинической базой кафедры стоматологии БелГИУВ, а 3-ая Минская городская стоматологическая поликлиника стала поликлинической базой. В 1967 г. с переходом в Минскую областную стоматологическую поликлинику условия улучшились. Постигая мастерство преподавания, сотрудники кафедры занимались научной работой. С 1964 г. был запланирован ряд кандидатских диссертаций, посвященных воспалительным процессам, травмам челюстно-лицевой области, заболеваниям тканей пародонта и др. Под руководством доктора медицинских наук, профессора К.И. Бердыгана защитили кандидатские диссертации В.И. Филиппенко, Т.Ф. Околот, С.Н. Цимбалюк, А.В. Василенко, И.Б. Беляев, К.М. Троицкая, которые стали преподавателями стоматологического факультета МГМИ и института усовершенствования врачей.

В конце 1970 г. заведующим кафедрой стоматологии был избран доктор медицинских наук, профессор Г.В. Кручинский.

В 1978 г. кафедра стоматологии реорганизована в кафедру хирургической стоматологии. С этого времени сотрудники кафедры сосредоточили свое внимание на вопросах восстановительной хирургии челюстно-лицевой области.

Под руководством профессора Г.В. Кручинского в 1996 г. А.С. Артюшкевич защитил докторскую диссертацию «Сравнительная оценка оперативных способов лечения переломов нижней челюсти с позиций кровообращения, функции, биомеханики». Защитили кандидатские диссертации Пчелина Т.П., Просверяк Г.П., Пархимович Н.П., Криштопенко Л.С., Артюшкевич А.С., Чуянов В., Козел А.В., Руман Г.М., Адащик Н.Ф., Кузнецов С.В., Волковец А.Н., Параскевич В.Л., Субботько С.Н.

На кафедре подготовлены монографии «Актиномикоз лица, челюстей, шеи и современные методы лечения» Г.И. Бердыган (1955), «Клиника и лечение повреждений челюстно-лицевой области» К.И. Бердыган (1963), «Хирургическое лечение околокорневых кист с сохранением зубов» Т.Ф. Околот (1973), «Редкие врожденные синдромы лица и челюстей» (1974), «Пластика ушной раковины» (1975), «Сложные трансплантаты в пластической хирургии» Г.В. Кручинский (1978), «Одонтогенные верхнечелюстные синуситы» Г.В. Кручинский, В.И. Филиппенко (1991). «Травмы головы и шеи» А.С. Артюшкевич и соавт. (1999), «Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области» А.С. Артюшкевич с соавт. (2001), «Клиническая периодонтология» А.С. Артюшкевич с соавт. (2002), «Заболевания пародонта» А.С. Артюшкевич с соавт. (2006), «Клиника, диагностика и лечение переломов нижней челюсти» А.С. Артюшкевич (2012), «Обезболивание в стоматологии» А.С. Артюшкевич, Юдина Н.А. (2013).

Начиная с 1991 г. кафедрой хирургической стоматологии, а затем и кафедрой челюстно-лицевой хирургии заведует профессор

А.С.Артюшкевич. Научно-практическое направление кафедры связано с изучением биомеханики переломов, совершенствованием оперативных методов лечения переломов челюстей, лечением врожденных пороков развития лица и челюстей, болезней краевого периодонта, лечением сосудистых опухолей. В этот период на кафедре защищены кандидатские диссертации: Зорич М.Е. (2000), Яцкевич О.С. (2008), Гричанюк Д.А. (2008), Полойко Н.А. (2008), Кочубинская А.А. (2007), Тамилович Г.В. (2008), Насибянец Н.В. (2009), Лунева Л.А. (2013). В клинической ординатуре подготовлены высококвалифицированные челюстно-лицевые хирурги и стоматологи хирурги, работающие сегодня в областных больницах и клиниках Беларуси. Челюстно-лицевые хирурги принимают активное участие в работе республиканских и международных симпозиумов, научных конференций.

Астапович С.Н.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СЛУЧЧИНЕ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

УО "Слуцкий государственный медицинский колледж", Слуцк, Беларусь

Испокон веков людям приходилось в поисках безопасности покидать свои дома и устремляться в другие места, чтобы избежать преследования, вооруженных конфликтов или политического насилия. Это случилось практически во всех регионах мира. Не стала исключением и наша страна. Многочисленные войны XX века породили проблему беженцев, которая и сегодня является актуальной. Многие аспекты проблемы беженства периода Первой мировой войны требуют углубленного изучения, в том числе и организация медицинской помощи.

"Пагалелым ад вайны Беларусам памажыця!" Так начинались слова листовки, изданной в Петрограде 1 июня 1916 г. Белорусским обществом по оказанию помощи потерпевшим от войны. В связи с наступлением германских войск на восток двигался большой поток беженцев из Польши, Литвы и западных уездов Беларуси (более 1,3 млн. человек). Власти не были готовы к появлению такого потока беженцев. Первыми серьезные проблемы осознали военные круги. По требованию военных властей Всероссийский союз городов и земств развернул на путях следования беженцев сеть пунктов по оказанию медицинской помощи. Одним из путей продвижения беженцев, по указанию командующего 3-й армией генерала Л. В. Леша, был тракт Слуцк – Рославль – Калужская губерния и Лохва – Гомель, по которому осенью 1915 г. следовало до 60 тысяч человек [2, с. 3].

В годы Первой мировой войны Случчина стала прифронтовым краем. В здании мужской гимназии располагались штабы сначала 3-й, а потом второй русской армии. Организация врачебной помощи в Слуцком

уезде была явно недостаточной. По данным 1912 г. в городе имелось 5 больниц: земские больницы в Слуцке, Клецке, Копыле, Синявке, Старобине. Приемных покоев в уезде было 2. Врачей имелось 13, из них 5 земских, 1 уездный, 1 городской, 6 вольно практикующих. Фельдшеров – 43, ветеринарных фельдшеров – 6, повивальных бабок – 23 [4, с. 100]. По состоянию на 1917 г., положение ухудшилось – в Слуцком уезде работало только 7 врачей, 6 акушеров, 11 фельдшеров. Врач приходился на 7600 жителей, больничная койка на 1070 жителей [5, с. 88]. Стоит отметить, что плотность населения здесь была самая большая в Минской губернии.

С наступлением войны, населенные пункты Случчины переполнились потоками беженцев из Гродненской, Виленской губерний. В начале 1916 г. их количество в Минской губернии составило 157 тысяч человек. Многие из них оказались практически на улице – в лесу, возле костра для приготовления пищи. Случчане помогали жильем, одеждой, лекарствами. Особенно много беженцев было в Лучниках и Брановичах. Сельчане делились с ними жильем, продуктами. Но жилья всем не хватило, поэтому лагеря беженцев разбивались прямо вдоль дороги на полях, возле сада помещика Смольского, на лугах в конце улицы Копыльской. Вскоре движение беженцев приняло массовый характер, возникла опасность эпидемии холеры в войсках, беженцы становились причиной социальной напряженности. Так, 14 сентября 1915 г. в имении Мохорты один из беженцев был ранен городовым после совершения кражи. И тут же фельдшером из команды городского ему была сделана перевязка, и раненый был отвезен в земскую больницу Слуцка [4, с. 101].

Одним из важнейших направлений медицины являлись санитарно-противоэпидемические мероприятия. В 1914 г. издано обязательное постановление «О мерах по предупреждению и прекращению эпидемических острозаразных болезней». По указанию штаба русской армии для проведения профилактики заразных заболеваний на Случчине работала медицинская комиссия. Благодаря принятым мерам движение беженцев было взято под организационный и санитарный контроль, большая часть беженцев была отправлена на поездах (по железной дороге) через Минск, Осиповичи, Оршу дальше на восток, в глубь России. В 1917 г. началось формирование противоэпидемических отрядов, осуществлялись меры против распространения венерических заболеваний. В национальном историческом архиве Беларуси содержится дело Нины Абрамович, сестры милосердия, которая в составе эпидемического отряда была направлена в Слуцк, где на Кладбищенской улице работала в заразном бараке [3, с. 9]. В начале 1918 г. в городе распространился сыпной тиф, летом – холера. В Слуцке продолжали функционировать имевшиеся до оккупации лечебные учреждения, испытывавшие значительные материально-технические трудности, ощущался недостаток простейших санитарно-гигиенических предметов. Война привела к снижению уровня жизни населения, распро-

странению дизентерии. Из докладной записки председателя Слуцкого уездного военного революционного комитета 22 июля 1920 г.: «Здравотдел организован, медикаменты отсутствуют, даже касторовое масло... Проводится в жизнь постановление о сдаче аптекарскими магазинами всех без исключения медикаментов... Организована санитарная комиссия по борьбе с антисанитарным состоянием города... Создана комиссия для устройства домов отдыха...» [1, с. 30].

Таким образом, значительная миграция населения ухудшила санитарно-эпидемическую обстановку. Массовое передвижение беженцев, проходящих через Слуцк в направлении с фронта в тыл, опустошили город. Оказание медицинской помощи на Случчине было недостаточным для такого потока людей, что и привело город в антисанитарное состояние и способствовало распространению эпидемий.

На Случчине трудно вспомнить какие-то мероприятия, связанные с Первой мировой войной. Ни общественные организации, ни партии, ни государственные органы этой темой не интересовались. Как писал ученый А.К. Клионский, «история горя, физических и нравственных страданий людей во время войны изучена пока слабо».

Литература:

1. Национальный исторический архив Беларуси. – Фонд 295. – Оп. 1. – Д. 8116.
2. Саматыя, В. Проблема беженцев в Беларуси в годы Первой мировой войны / В. Саматыя // Белорусский журнал международного права и международных отношений. – 2003. – №2. – С. 3 – 5.
3. Собеская, Я. Их называли белыми ангелами/ Я. Собеская // Рэспубліка. – 2010. – 31 ліпеня. – №143. – С. 9 – 10.
4. Памяць: Гіст.-дакум. хроніка Слуцкага р-на і г. Слуцка. У 2 кн. Кн. 1-я. – Мінск: БЕЛТА, 2000. – 464 с.
5. Ціткоўскі, І. Слуцкая бальніца: погляд у мінулае // Кур'ер. – 2012. – 4 кастрычніка. – С. 88 – 89.

Астапович С.Н.

ЭДУАРД-АНТОН ЯКОВЛЕВИЧ КРАССОВСКИЙ

УО "Слуцкий государственный медицинский колледж", Слуцк, Беларусь

Каждый из нас, независимо от своего социального положения и личных качеств, всегда оставляет в жизни окружающих его людей след. Те, в свою очередь, этот след, светлый или темный, могут нести с собой многие годы, передавая из поколения в поколение. Люди, их поступки и дела сохраняются десятилетия и даже столетия в сердцах людей. Так случилось, что обычный житель Слуцкого уезда оставил заметный след в истории медицины. Его имя сейчас носит клиника акушерства и гинекологии

Санкт-Петербургской Военно-медицинской академии. Эдуард-Антон Яковлевич Крассовский – выдающийся ученый и педагог, талантливый хирург, известный общественный деятель, который по праву считается основателем российской акушерско-гинекологической школы.

Родился Эдуард-Антон Яковлевич 13 марта 1821 г. в местечке Грозно (сейчас Копыльский район) в семье крепостных у местных помещиков Каменских. За многолетние услуги своим хозяевам, Крассовские были освобождены, как написано в вольной грамоте, «на вечные времена». Более того, помещик Каменский оплачивал обучение Антона в Слуцкой гимназии.

В 1842 девятнадцатилетний Крассовский успешно окончил гимназию и по ходатайству своего дяди, инспектора одной из военных школ в Петербурге, был определен в Императорскую медико-хирургическую академию на казенный счет, где под руководством великого хирурга Н.И. Пирогова изучал оперативную хирургию. По окончании учебы в 1848 г. Эдуард-Антон Крассовский служит лекарем в госпитале. Но уже через год переводится в академическую клинику акушерства, женских и детских болезней ординатором. С этого времени в карьере Эдуарда-Антон Яковлевича начинается стремительный взлет. В 1852 г. он защищает диссертацию на тему «*Melatematoquaedamdeuterirupture*» и получает степень доктора медицины. Следующий год Крассовский учится за границей, в основном в Германии, поскольку ведущими специалистами в акушерстве были именно немцы.

После возвращения Крассовский назначается на должность профессора кафедры акушерства. Тогда же он проводит первые в России сложные операции в сфере акушерства и гинекологии и доводит их число до 800, что составляло для того времени огромную цифру. Особенную славу Крассовский приобрел как один из самых ранних и выдающихся овариотомистов. В 1862 он впервые произвел овариотомию с благополучным исходом и разработал оригинальный способ этой операции. Также Крассовский занимался вопросами исследования матки зондом, лечением при искривлении матки, предохранением промежности при родах, производством надрезов и другими. По его инициативе при Медико-хирургической академии основывается первая в России кафедра педиатрии. В 1866 г. он пожалован в лейб-акушеры двора Его Императорского Величества.

Используя свое положение, Крассовский прилагает максимум усилий в вопросе организации широкой акушерской помощи в стране. Он поднимает на новую ступень оперативное акушерство и оперативную гинекологию в России и в этом отношении становится авторитетом во всем ученом мире. Благодаря ему, появляется учебное заведение, которое впервые в России начинает готовить женщин-врачей в сфере акушерства.

В 1870 г. в связи с получением чина статского советника, Эдуарду-Антону Яковлевичу присваивается потомственное дворянское звание.

По просьбе императрицы Марии Александровны Крассовский возглавляет Санкт-Петербургское родовспомогательное заведение. Ему присваивается звание академика. Научную работу он совмещает с общественной, являясь попечителем городских родильных приютов Петербурга. Основал первое в России акушерско-гинекологическое общество и первый «Журнал акушерства и женских болезней».

Обобщив свой опыт, Эдуард-Антон Яковлевич издает книги «Курс практического акушерства» (1865), «Оперативное акушерство» (1879), «Оперативное акушерство со включением учения о неправильностях женского таза» (1889).

Большая заслуга ученого – это подготовка молодых врачей. Как отмечали современники Эдуарда-Антон Яковлевича, большинство русских акушеров, многие профессора акушерства в Петербурге и провинции – его ученики и ученики его учеников.

За выдающиеся достижения в медицине Крассовский удостоен звания почетного члена 34 русских и иностранных научных обществ, награжден орденом Александра Невского. Имя академика Крассовского носит Клиника акушерства и гинекологии Санкт-Петербургской Военно-медицинской академии.

13 апреля 1898 года ученый умер. Похоронен в Царском селе (ныне город Пушкин).

В Слуцком краеведческом музее в экспозиции выставлены личные вещи Эдуарда-Антон Яковлевича, а также одна из его научных монографий.

Литература:

1. Богдашич, С., Тишкевич, В. Из вольноотпущенников – в академики // Кур'ер. – 2011. – 31 сакавіка. – С. 26.
2. Крассовский, Эдуард-Антон Яковлевич // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: в 86 томах (82 т. и 4 доп.). – СПб., 1890 – 1907.
3. Памяць: Гіст.-дакум. хроніка Слуцкага р-на і г. Слуцка. У 2 кн. Кн. 1-я. – Мінск: БЕЛТА, 2000. – 464 с.

Бахир Ю.Н.

РАЗВИТИЕ ДОНОРСКОГО ДВИЖЕНИЯ ОБЩЕСТВОМ КРАСНОГО КРЕСТА БССР В 1944-1991 гг.

УО «ВГУ имени П.М. Машерова», Витебск, Беларусь

В условиях развития Республики Беларусь как социального государства большое значение придается состоянию здоровья её населения, что является одним из важных составляющих элементов качества жизни и

благополучия страны, а развитие здравоохранения – одно из приоритетных направлений проводимой социальной политики. Обеспечение здоровья населения включает множество компонентов, в том числе донорскую работу, где затрагиваются вопросы спасения и сохранения жизни человека, безопасности нации. В этом плане важным будет изучение исторического опыта совместной деятельности органов здравоохранения и общественных организаций. Необходимо помнить, что особую роль в развитии донорского движения выполняло Общество Красного Креста (ОКК) БССР.

Цель нашей работы заключается в том, чтобы показать комплекс мероприятий, проводившихся ОКК по развитию донорства в 1944-1991 гг., отразив проблемы и достижения в этом вопросе.

Работа ОКК по донорству начала проводиться еще в довоенное время. Заметим, что почти с первых дней организации Службы крови комплектование кадров доноров было поручено комитетам ОКК, работа широко проводилась во время войны, но в послевоенные годы комитеты сократили разъяснительную работу среди населения о значении переливания крови. Например, в 1-м кв. 1945 г. оргбюро Исполкома СОКК и КП по БССР отмечало неудовлетворительную работу по вовлечению населения в ряды доноров в Минске. Поэтому из-за отдаленности Института переливания крови и отсутствия гортранспорта было внесено предложение организовать в центре города филиал для обследования доноров и дачи крови, а Минский обком КК обязали оборудовать в местах скопления людей фотовитрины и панно, отображавшие лучших активистов доноров и значение переливания крови [8, 9]. Это позволило улучшить ситуацию. Однако есть и другие примеры. Так, в Гомельском обкоме в 1947 г. на некоторое время агитационная работа с донорами была прекращена, т.к. наблюдалось большое количество доноров, и не было возможности взять кровь у всех желающих [56]. Однако на данном этапе по республике донорство еще не стало массовым движением.

Как отметил в декабре 1954 г. III Всесоюзный Съезд, значительным упущением было недостаточное вовлечение населения в ряды доноров. Поэтому Министерство здравоохранения и КК в 1955 г. приняли ряд мер к исправлению положения. Массово стали издаваться методические и агитационные материалы. Ситуация изменилась, выделим тот факт, что к концу 1950-х гг. донорство развернулось уже как широкое патриотическое движение. Это было связано с тем, что внедрение препаратов, расширение медицинской практики, развитие хирургии легких и сердца, введение обменного переливания крови требовали увеличения количества донорской крови.

Большим достижением было то, что донорская служба ОКК БССР активно развивала безвозмездное донорство. Отсчетным пунктом его возрождения принято считать 1957 г., когда работницы ленинградской фаб-

рики «Веретено» обратились в горком КК с предложением сдать кровь без оплаты. В БССР инициатором стала Гродненская область [39]. Большое внимание уделялось созданию резерва доноров. Важнейшим мероприятием в пропаганде безвозмездного донорства была агитационно-массовая работа, в том числе, издательская деятельность. Например, ЦК ОКК БССР издал плакат «Доноры» тиражом 5 тыс. экземпляров [38]. Для расширения сети донорских кадров каждому обкому, райкому давались задания, которые разрабатывались совместно с БелНИИ переливания крови и Минздравом. Плановые показатели предусматривали учет доноров по нескольким группам – резервная группа, активные доноры, а в их числе выделялись безвозмездные доноры. На 1959 г. число активных доноров по БССР составляло 38.020, а безвозмездных 22.974. Число резервных доноров превышало 150.000 [67, 76]. Отсюда мы можем сделать вывод об успешной пропаганде по развитию такого направления, как дача крови на безвозмездных добровольных началах.

Во многих регионах в конце 1950-х гг. большинство безвозмездных доноров составляли колхозники, механизаторы, медработники, жители сельской местности. Например, в Могилевской области их было 80%. Интересно также, что все руководители органов здравоохранения, председатели комитетов КК, руководители лечебных учреждений в течение одного года дважды и более сдавали кровь безвозмездно [69]. Важно, что работники областных организаций выезжали на места и брали кровь у доноров непосредственно в районных центрах. Такой пример существенно влиял на рост рядов безвозмездных доноров.

Пропаганда донорства включала разнообразные формы деятельности – работа с телевидением, радио, печатными изданиями, организация вечеров для доноров, выездных бригад, печать листовок, плакатов. В Полоцке во всех кинотеатрах города в 1959 г. демонстрировался медицинский киножурнал «Таких, как они, миллионы» [67, 68, 71]. Более настойчиво проводилась работа по созданию резерва донорских кадров. Всё это дало результаты: если в 1959 г. было около 20 тыс. безвозмездных доноров, то в 1970 - 168,5 тыс. [10]. Расширялась работа по награждению лучших доноров. Кроме знаков «Почетный донор СССР», «Почетный донор Общества Красного Креста БССР» с 1963 г. вручались нагрудные значки "Донор СССР I, II и III степени" и "Капля крови".

Важным является тот факт, что наблюдался рост удельного веса крови, взятой от безвозмездных доноров. Так, в 1977 г. безвозмездных доноров на 1000 населения составляло - в Минске 44,8, в Гродно 50,8, в Могилеве 54,0 человека [41]. Однако проблемы существовали, в Обществе обсуждался вопрос о том, что назрела необходимость принять закон о донорстве, т.к. многие руководители предприятий не отпускали работников, им невыгодно было платить за 2 рабочих дня. Этот вопрос стал особенно актуальным, если учесть, что планировался переход на полное

обеспечение лечебных учреждений в потребности крови за счет безвозмездных доноров.

Одной из проблем было снижение заготовки крови и кровосдач в областях. Во многом это было последствиями аварии на Чернобыльской АЭС и исключением из участия донорства ряда регионов. Не стимулировало донорство и устаревшая система льгот, принятых еще в 1955 г., без поддержки государства и законодательных подкреплений было сложно осуществлять задуманные проекты. Лишь циркулярное письмо Министерства Здравоохранения СССР и Исполкома СКК И КП СССР от 1988 г. «О дальнейшем развитии и совершенства организации донорства в стране» внесло ясность в сформировавшиеся отношения между службой крови и Обществом, взявшего безвозмездно на себя функции государственных органов. Выдвигалось предложение отказаться от донорства по причине отсутствия материально-технической базы. В целом сложившаяся ситуация в республике, а в последующем, и распад СССР, не дали возможности воплотить многие планы в жизнь.

Таким образом, ОКК стало одним из главных помощников в деле развития донорства, активно проводилась агитационно-массовая работа, особое внимание уделялось дачи крови на общественных началах. В середине 1960-х гг. донорство превратилось в массовое движение. Ежегодно отмечался общий рост числа дачи крови, причем количественные показатели отличались резкими изменениями в сторону увеличения, особенно в 1960-70-е гг., однако в конце 1980-х гг. эти показатели снизились. Обществом предпринимались меры по совершенству поощрения донорского движения, но они не получили поддержку при обращении в Президиум Верховного Совета БССР. В 1991 г. ЦК ОКК была завершена работа по подготовке документов по определению статуса донора, формам сотрудничества со службой крови. Однако закон о донорстве был принят только в 1995 г.

Литература:

1. Государственный архив Гомельской области. - Ф. 2881. - Оп. 1. - Д. 23. Годовые и квартальные отчеты областного комитета ОКК г. Гомель (1 января 1947 г. – 30 сентября 1947 г.)
2. Государственный архив Российской Федерации. – Ф. 9501. – Оп. 2. – Д. 779. Оргмассовое управление (24.01.1945 – 28.12.1945 гг.) Материалы о работе ЦК ОКК Белорусской ССР.
3. Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). - Ф. 254. - Оп. 3. - Д. 322. Объяснительная записка к сводному статистическому отчету о работе ЦК ОКК БССР за второе полугодие 1959 г.
4. НАРБ. - Ф. 254. - Оп. 3. - Д. 605. Справка ЦК общества об истории образования и развития Советского Красного Креста в Белоруссии (сентябрь 1971 г.)
5. НАРБ. - Ф. 254. - Оп. 3. - Д. 682. Протокол пленума ЦК ОКК БССР от 23 сентября 1977 г.

Беднякова Н.И., Сушко М.М.

СПОСОБЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ДРЕВНИЕ ВРЕМЕНА

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

Беременность – это чудо, которое невозможно объяснить никакими словами. Она во все времена вызывала что-то таинственное и загадочное.

В древнеегипетских папирусах есть сведения о интересных способах определения беременности и пола будущего ребенка. Согласно условиям первого метода, женщина должна помочиться на два мешочка с зерном: один с пшеницей, другой с женщиной не беременна.

Интересен факт, что эксперименты, проведенные в лаборатории современными учеными, показали, что в 70% случаев подтвержденной беременности после воздействия на зерно урины зерно действительно прорастало. Связано это с особым гормоном, который содержится в моче беременной женщины. Когда эксперимент повторяли с мочой небеременной женщины или мужчины зерно не прорастало.

Существовал в Древнем Египте еще один метод, согласно которому для определения беременности следовало выпить молока кормящей матери, которая родила мальчика. Если после этой процедуры у женщины начиналась рвота, то это могло считаться доказательством беременности.

Еврейские женщины разувались и ходили по высокой траве босиком. Глубокий след, оставленный в траве, считался показателем беременности.

Древнегреческий врач Гиппократ считал, что для определения беременности женщине нужно выпить на ночь воды с медом. Если через время начнутся брюшные судороги – это свидетельствует о положительном результате. Но, несмотря на это странное предположение, именно Гиппократ впервые четко сформулировал взаимосвязь между прекращением месячных и беременностью женщины. Еще одним способом определения беременности Гиппократ предложил вставить во влагалище на ночь лук или другой сильно пахнущий овощ. Если дыхание женщины пахло луком на следующее утро, она не была беременна. Идея была основана на том, что матка женщины оставалась открытой, и луковый запах двигался от влагалища ко рту как воздух в аэродинамической трубе. Если же матка закрыта, то никакого запаха не будет.

Соран Эфесский (1 век н.э.) установил следующие признаки беременности: задерживаются месячные, набухают грудные железы, а сосуды кожи молочных желез делаются извитыми, приобретают синеватый оттенок и набухают; появляется позыв к рвоте; под глазами появляются темные круги, а на лице иногда желтые пятна; с течением времени увеличивается живот и беременная начинает ощущать движения плода.

В Древнем Вавилоне был изобретен один из первых тестов на беременность. Для этого собирались особые травы, а из овечьей шерсти делался специальный тампон, который пропитывали соком, собранных трав. Тампон вводили во влагалище и оставляли на несколько дней. После извлечения его помещали в раствор минеральных солей. Если тампон был красным, то считалось, что женщина беременная, а если зеленый, то – нет.

В Древней Греции акушерки делали выводы, основываясь на анализе объективных признаков, таких как отсутствие аппетита, прекращение менструации, появление тошноты и рвоты, наличие пигментных пятен на лице и тому подобных. Но параллельно использовались и разные нелепые методы, например, перед лицом женщины растирался специальный красный камень, если пыль от камня попадала в глаза женщине, то ее считали беременной. А опытные мастера акупунктуры из Древнего Китая определяли наличие беременности и пол будущего малыша по пульсу женщины.

На Руси во время свадьбы девушке завязывали на шею шерстяную нитку или коротенькие бусы. Если нитка становилась тесной и начинала жать, ее снимали, а молодую женщину объявляли беременной. Современные врачи объясняют появление такого метода тем, что у беременных нередко увеличивается щитовидная железа.

Жительницы Германии пользовались другим методом – нужно было помочиться на еще не распустившиеся цветы. Через три дня следовало оценить результат, если цветы расцвели буйным цветом, значит, женщина ждет малыша, если нет – увы.

Таким образом, в Древние времена существовали методы определения беременности, которые имели свое диагностическое значение.

Белов Г.В., Касымов Ч.Т.

ФРУНЗЕНСКИЙ ЭТАП ЖИЗНИ ПРОФЕССОРА БОРИСА ЯКОВЛЕВИЧА ЭЛЬБЕРТА

Редакция журнала «Медицина Кыргызстана», Бишкек, Киргизия

Родоначальником научной медицины в Киргизии был величайший ученый медик, лауреат Государственной премии – профессор Борис Яковлевич Эльберт, основавшим здесь в 1937 году первое научное учреждение медицинского профиля – Фрунзенский институт эпидемиологии и микробиологии, а в 1939 – Киргизский медицинский институт.

Целью настоящей работы явился поиск информации, документов, воспоминаний о Фрунзенском этапе жизни Б.Я.Эльберта.

И здесь мы столкнулись с большими трудностями. Как случилось, что такой величайший ученый оказался практически забытым? Ни на одном здании, где он работал, ни на одной кафедре мы нет его имени, па-

мятных фотографий или каких-либо исторических реликвий. Основной архив Б.Я. Эльберта находится в Минске (1), откуда пока на нашу просьбу не ответили. В архивах Кыргызстана мы нашли очень не много: приказы по институту эпидемиологии и микробиологии (2), личные дела других сотрудников института, но не самого директора. Дело в строжайшей секретности, которая сопровождала весь его жизненный путь. Б.Я. Эльберт, оказывается, был одним из отцов бактериологического оружия в СССР. Любители гипертрофированной секретности, до наших дней прячут, вопреки закону, известное – факт подготовки Советского Союза к наступательной биологической войне – секретные папки Российского государственного военного архива (РГВА) пока не доступны исследователям истории медицины, и не только медицины. Сейчас после публикаций в «Независимой газете», журнале «Знание-Сила», Интернет-изданиях стало известно (3, 5, 6), что сразу же после подписания в 1925 году международной конвенции о запрете химического и бактериологического оружия руководство Красной Армии взялась за его разработку. У ОГПУ уже был опыт организации секретных стратегических работ по разным направлениям. Виднейшие ученые (среди них В. П. Глушко, С. П. Королев, А. Н. Туполев, В. А. Чижевский, А. И. Солженицын) объявлялись немецкими шпионами, выдергивались из институтов, получали какой-то срок и направлялись в закрытые учреждения – шарашки. В 1931 году создано Бюро особого назначения (БОН) Особого отдела ОГПУ для разработки наступательного бактериологического оружия (начальник Я. М. Фишман). Для быстрого пополнения контингента они «раскрыли» несколько групп микробиологов («немецких шпионов и террористов»). Директор Белорусского санитарно-бактериологического института, к тому времени известный в мире ученый Б.Я. Эльберт также признан «немецким агентом» и приговорен к 3 годам лагерей (Арестован 5 марта 1931 г. Приговорен: Коллегия ОГПУ 29 января 1932 г., обв.: 69, 76 УК БССР – член к/р вред.орг-ции в сист. Наркомздрава БССР. Приговор: 3 года ИТЛ). Одновременно были вырваны со своих рабочих мест все авторитеты, изучавшие особо опасные инфекции. БОН располагался на острове Городомля на озере Селигер в помещениях Суздальского Покровского монастыря. Одновременно там располагался политизолятор ОГПУ, заключенные которого были подопытными «кроликами» БОН, на которых испытывались эти особо опасные инфекции. Ни кто из испытуемых не смог что-то сказать, передать. Конечно, хранили государственную тайну и привлеченные не по своей воле специалисты – микробиологи. В 1932-35 гг. таким специалистом БОН ОГПУ работал профессор Б.Я.Эльберт, в 1935 году он стал профессором-руководителем так называемой «III испытательной лаборатории наркомата обороны». Жил он в бывшем монастыре с семьей, без права выезда с территории острова (3). В 1936 году был создан штамм пневмонической формы туляремии и живой вакцины «Москва» против

туляремии. Поставленная задача была выполнена. Нарком обороны СССР маршал К.Е. Ворошилов на политбюро ВКП (б) 22 февраля 1938 г. заявил, что страна готова к ведению наступательной бактериологической войны. Есть сведения, что бактериологическое оружие было применено под Сталинградом. Поздним летом 1942 г. появление в рядах немецкой армии большого числа больных туляремией привело к временной приостановке наступления (9).

Но тогда после выполнения проекта у его участников было два пути: директор БИХИ-БОНа Фишман Я.М. и профессор С.М. Никаноров были расстреляны, профессоров Б.Я. Эльберта и Н.А. Гайского оценили более высоко, ведь они могли еще быть полезными в создании оборонительного бактериологического оружия в преддверии надвигающейся войны. Но оставлять в центре России было опасно, и они были отправлены в почетную ссылку: Гайский в Ашхабад, Эльберт во Фрунзе.

Перед профессором Эльбертом была поставлена задача – организовать институт микробиологии и эпидемиологии. Полномочия ему дали большие: в кадровые вопросы не вмешивались, назначили высокую зарплату 2 тысячи рублей отдельным договором с Наркомздравом Кирг ССР. Это были очень большие деньги. Например, Чкаловцы – участники перелета через Северный полюс в Америку получил за свой подвиг в то время по 10 тысяч рублей. Как вспоминал потом Герой Советского Союза Байдуков, каждый вышел на Красную площадь с большим мешком денег. В 1946 г. за Сталинскую премию Б.С.Эльберт получил 50 тысяч рублей. В распоряжение профессора Эльберта в январе 1937 года выделен легковой автомобиль, по тем временам невиданная роскошь. Т.И. Прорешная, возглавившая институт микробиологии после Эльберта в 1945 г., пользовалась лишь директорской бричкой.

За создание института Борис Яковлевич принялся с удивительной энергией и упорством. Были подобраны четыре корпуса под институт, в том числе в самом центре Фрунзе по Киргизской 35, где сейчас находится правительственная площадь. Уже через несколько месяцев институт был оснащен лабораторным оборудованием, выделены животные для вакцинации, фураж. Труднее было укомплектовать институт кадрами, а их в Среднеазиатских Республиках практически не было. Профессор Эльберт ставит ставку на подготовку собственных кадров. В мае в 1938 г. организует курсы лаборантов микробиологов, в сентябре состоится выпуск врачей бактериологов. Основную учебную нагрузку профессор берет на себя. Из Ашхабада приезжает для чтения лекций его товарищ профессор Николай Акимович Гайский. К концу первого года существования институт начал выпуск одиннадцати бактериальных препаратов. Институт проводит вакцинацию населения, противоэпидемические мероприятия по всей республике (республиканской санэпидстанции в то время не существовало),

ведет санитарно-просветительскую работу, выполняет гигиенические обследования, и даже судебно-медицинскую экспертизу.

На следующий год профессору Б.Я. Эльберту поручается организовать Киргизский медицинский институт. Решение об открытии медицинских вузов в союзных Республиках принято постановлением ЦК ВКП (б) и СНК СССР от 23.06.1936 г. (о работе высших учебных заведений и о руководстве высшей школы). Но решение решением, а признанного лидера, способного привлечь и объединить ученых – врачей различных специальностей не находилось. Взявшись за организацию медицинского института, профессор Эльберт едет в Москву, Ташкент, в другие крупные города, ведет переписку со многими коллегами, приглашая знакомых на «научную» целину. Привлекает врачей, выброшенных после убийства Кирова из Ленинграда и разбросанных по югу СССР (как на пример, известный патологоанатом – профессор Б.М. Малышев). Уговаривает многих профессоров евреев поддержать его начинания (среди них такие известные ученые как А.Д. Слоним, И.Г. Мардерштейн). Сотрудники его санитарно-бактериологического института, преподают в медицинском, возглавляют некоторые кафедры. Готовит первый номер журнала «Советское здравоохранение Киргизии». Он решал вопросы помещений, клиник, учебных программ различных дисциплин. Все это в тесном контакте с Наркомом здравоохранения Кирг.ССР Лобынцевым С.К. Наладив учебную работу, профессор Эльберт в 1941 г. сосредоточился на производственной программе изготовления бактериальных препаратов для РККА. Было ясно, что надвигается война. Институт превращается в большой режимный завод, располагающийся на четырех территориях. Профессор Эльберт очень требователен к себе, и устанавливает высокую производственную дисциплину. В наших руках книга приказов по институту за 1940 г.. Видно, что профессор Эльберт даже сам контролирует работу ночных сторожей, объявляя выговоры тем, кого он застал спящим на дежурстве. Но основное время он посвящает учебе, подготовки собственных кадров.

С начала войны задачи, поставленные перед институтом, усложняются: институт выпускает 22 бактериальных препарата, это столь необходимые в военные условия противостолбнячная сыворотка, бактериофаги, антитоксины, при чем в миллионных дозах. В 1942 г. для увеличения их производства открывается филиал института в Пржевальске. Для производства сывороток требуются сотни лошадей и коров, сено, корма, помещения. Все это успевает контролировать профессор Эльберт. На фронт уходят многие сотрудники института, проводится обучение принятых на их место людей. С другой стороны в Бишкек эвакуируется Харьковский и Ленинградский мединституты. Профессор Эльберт трудоустраивает в себе институт по совместительству таких светил жизнь во Фрунзе, не смотря на военные трудности, кипит, издаются статьи, монографии, защища-

ются кандидатские и докторские (Иванов И.И., Кеворков Н.П.) диссертации.

В этот Фрунзенский этап жизни профессор Эльберт полностью реализовал себя как организатор, ученый, педагог. Очевидно, сознавая ответственность за создание наступательного бактериологического оружия в предыдущий закрытый этап своей деятельности, у нас он неистово и самоотверженно стремился применить свои знания и опыт в профилактическом направлении, и это помогало ему сбросить груз с сердца. Своими переживаниями он мог поделиться разве что с самыми близкими ему людьми, например его старый знакомый по 20 годам работы в Минска – директор Белорусского института ортопедии и травматологии Моисей Наумович Шапиро, эвакуированный во Фрунзе и назначенный зав. кафедрой госпитальной хирургии Киргизского мединститута, одновременно главным хирургом эвакогоспиталей Киргизии и заместителем наркома здравоохранения Киргизской ССР, о чем, можно узнать из воспоминаний его внуки (4).

К концу войны потребность в бактериальных препаратах спала, планы института уменьшились, и профессор Эльберт уехал в Ростов, а затем на родину в Минск, где предстояло возобновить любимую работу на освобожденной территории. То уже была другая жизнь, тоже очень плодотворная, но уже более-менее безоблачная после реабилитации (реабилитирован 27 июля 1956 г. Судебная коллегия ВС БССР).



Рис. 7. Б.Я. Эльберт в последний приезд в Киргизию (1963 год)

Добрые отношения со своими коллегами из Кыргызстана Б.Я. Эльберт сохранил до последнего года жизни, за несколько месяцев до смерти он приезжает во Фрунзе. В своем письме заместителю Министра здравоохранения Киргизской ССР от 9 мая 1963 года он пишет:

«Годы, проведенные мной в Киргизии (1937-1945 гг.), скажу без преувеличения, были лучшими в моей жизни. Пользуясь доверием ЦК партии и Правительства республики и выполняя указанные мне задачи в области подготовки национальных кадров врачей и санитарно-эпидемиологических мероприятиях, я всей душой был отдан этому делу, особо сложному в течение Великой Отечественной войны. Нигде – ни до, ни после работы в Киргизии – я не имел такой возможности проявить инициативу, как у Вас на родине, которая стала и для меня родной и близкой.

Искренне уважающий Б.Я. Эльберт».

Литература:

1. Архив ГМ БССР, № 19459, 30 ед. хр., 1915-1963.
2. Архив Киргизского НИИ эпидемиологии и микробиологии. Опись 1, инвен.4, связ.1.
3. БОН – “Бюро особого назначения” в Суздальском Покровском монастыре в 1930-х годах. <http://www.suzdalhotels.ru/bon.htm>
4. Левитман Е. Семейный альбом // Историко-публицистический журнал «Мишпоха-А». 1995 – 2009 г. Выпуск 4. mishpoha.org/library/05/0501.html
5. Пастернак А., Рубникович О. Тайна «Покровского монастыря». Кто и когда начал разработку бактериологического оружия в СССР? – // «Независимая газета». 17 ноября 1992 г.
6. Химбат: Суздальский Покровский монастырь – Биохимический институт. himbat.ru/forum/viewtopic.php?t.

Белявина В.Н.

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

«Центр исследований белорусской культуры, языка и литературы НАН Беларуси» Минск, Беларусь

Санитарные потери российской армии в годы Первой мировой войны были колоссальны. Общее число раненых за время войны доходило почти до пяти миллионов человек. Если же учесть все случаи ранений, не требовавших эвакуации, то число раненых возрастает до ½ численности всех мобилизованных.

16/3 сентября 1914 г. приказом по военному ведомству было учреждено «Управление верховного начальника санитарной и эвакуационной

части» во главе с членом Государственного совета генерал-адъютантом принцем А.П.Ольденбургским.

В аппарате Управления имелся врачебный отдел, в состав которого входили известные военные врачи. А.П.Ольденбургский, не являясь медиком, в своей деятельности постоянно опирался на своих ближайших консультантов – крупнейших хирургов, терапевтов, эпидемиологов, гигиенистов и т.д.

В качестве основы организации военно-санитарной службы считалась эвакуация раненых с театра военных действий в глубь страны. Недостатком существовавшей системы эвакуации было обилие ведомств и учреждений, имевших различную подчинённость, но занимавшихся одним делом. Эвакуацией раненых и больных ведало Главное санитарное управление Генерального штаба, а лечением пострадавших в полевых и стационарных лечебных заведениях и эвакуацией на грунтовых дорогах – санитарные начальники фронтов и армий, Российское общество Красного Креста, Всероссийский земский союз и Всероссийский союз городов (РОКК, ВЗС и ВСГ). Функцией Главного санитарного управления было снабжение медицинским имуществом, учёт и распределение медицинских кадров, а снабжение санитарно-хозяйственным имуществом находилось в руках Главного интендантского управления.

В армии предусматривались несколько этапов помощи раненым. В первый этап входила неотложная помощь, оказываемая на передних прифронтовых перевязочных пунктах. Их развёртывали в 1,5 – 5 км от линии фронта средствами полкового лазарета в тылу каждого полка. В 3 – 6 км позади передовых перевязочных пунктов развёртывались главные (дивизионные) перевязочные пункты, расположенные вне сферы огня противника.

Розыск тяжёлораненых и вынос их с поля боя, оказание первой помощи и доставка на перевязочный пункт возлагались на полковых и дивизионных носильщиков. В каждом 16-ротном полку их было 128 человек (по 8 в каждой роте), в четырех полках дивизии – 512, в перевязочном отряде дивизии насчитывалось ещё 200 человек. Таким образом, в дивизии было 712 носильщиков, не считая носильщиков в артиллерийской бригаде (где имелось 6 носильщиков и 2 санитар в каждой батарее).

Оказав первичную неотложную помощь раненым в главном (дивизионном) перевязочном отряде, их на конных транспортах отправляли в госпитали в головные эвакуационные пункты, расположенные на ближайших к линии фронта железнодорожных станциях. Для эвакуации раненых и больных в пехотной дивизии по штату полагалось 146 двуколок (в пехотном полку – 16). В ходе войны количество штатных санитарно-транспортных средств на конной тяге было увеличено до 218 двуколок на дивизию, что позволило улучшить перевозку пострадавших на грунтовых путях эвакуации.

На головных эвакуационных пунктах помощь оказывалась уже в госпиталях. Причём под госпитали обычно отводились лучшие или одни из лучших зданий, имеющих в данном населённом пункте. Задачей головного эвакуационного пункта являлась лишь временная госпитализация нетранспортабельных и возвращение в строй легкораненых и больных. Из головных эвакуационных пунктов тяжёло раненых и больных отправляли в тыловые эвакуационные пункты на долечивание. На практике эти требования часто нарушались из-за плохой сортировки и значительную часть легкораненых и больных отправляли в тыл страны.

Нехватка транспорта и недостаточная протяженность железных дорог не позволяли равномерно заполнить весь созданный объём больничных мест в лечебных учреждениях. Раненые накапливались в госпиталях головных эвакуационных пунктов, куда их свозили с передовых позиций. В результате этого близлежащие к передовой госпитали были переполнены, а лечебные учреждения в тыловых районах страны пустовали. Средний процент заполнения коек во внутренних районах России в первый период войны составил около 50%, а затем колебался между 70 и 77%. К 14/1 сентября 1915 г., то есть к середине войны число военно-санитарных поездов достигло 255, что вполне обеспечивало эвакуацию раненых и больных с театра военных действий в тыл страны.

В Первую мировую войну эвакуация раненых и больных достигла необычайно больших размеров. Только с августа 1914 г. по ноябрь 1916 г. с фронта в тыловые лечебно-эвакуационные учреждения были доставлены 5812935 больных и раненых солдат и офицеров. Из них по внутренний район (в глубинные районы России) было отправлено 2539850 человек (43,7%), не считая отправленных прямыми транзитными поездами. В госпиталях тыловых районов находились до окончательного излечения 3273085 человек (56,3%).

В сфере организации медико-санитарной помощи раненым и больным воинам очень много было сделано общественными организациями, царской семьёй и Русской Православной Церковью.

В годы войны управления и комитеты Российского общества Красного Креста сформировали значительное количество фронтовых и тыловых лечебных учреждений и отрядов, чем была оказана существенная медико-санитарная помощь армии. Обществом создавались санитарные поезда, больницы и госпитали по уходу за ранеными, санитарно-эпидемиологические отряды по борьбе с оспой и тифом. Почти во всех губернских городах России были созданы школы по подготовке сестёр милосердия. Властями широко пропагандировалось создание «обществ помощи потерпевшим от войны» и открытие местных отделений Красного Креста. Этим организациям в первую очередь передавались здания гимназий, училищ, других учебных заведений.

Чтобы удовлетворить всё возраставшие потребности во врачах для действующей армии и тыловых госпиталей, медицинские факультеты университетов были переведены на сокращённую четырехлетнюю (вместо пятилетней) программу. Студенты и курсистки составили немалую часть низшего и среднего персонала полевых и стационарных госпиталей, поездов для раненых воинов Союза городов. Известный русский хирург В.А.Оппель, проанализировав данные по врачебно-санитарной помощи за годы войны, пришёл к выводу, что в Первую мировую войну возвращалось в строй не менее 50% раненых.

Во время войны в городах Беларуси открылись десятки госпиталей и сотни передвижных и стационарных лазаретов. 16 (3 ст.ст.) августа 1914 г. архиепископ Михаил совершил освящение госпиталя «Добровольного санитарного отряда Гродненской крепости». В уездном городе Полоцке было развёрнуто более десяти госпиталей. Их разместили в основном в помещениях учебных заведений, а после эвакуации кадетского корпуса – в его зданиях. Раненых поступало в город так много, что по улицам от Ригго-Орловского вокзала до кадетского корпуса солдатами железнодорожного батальона была проложена узкоколейная железнодорожная ветка. По ней наладили перевозку раненых в госпиталь в вагонетках, в которые впрягали лошадей.

Не осталась в стороне от общенародного дела помощи раненым и больным воинам Русская Православная Церковь. В конце 1914 г. в епархиях Русской Православной Церкви насчитывалось 248 церковноприходских лазаретов, из них 236 содержались на средства духовенства и частью церквей и 12 – с пособием от монастырей и других учреждений. Лазареты, созданные духовенством, имелись и в зоне боевых действий.

Автомобильный санитарный транспорт в начале войны состоял всего из двух санитарных автомобилей, однако к 1 июля 1917 г. на фронтах уже имелось 58 войсковых автосанитарных отрядов, в которых числилось 1154 санитарных машины. Кроме этого фронты обслуживали 40 автосанитарных отрядов общественных организаций с 497 машинами.

К концу войны количество коек в лечебных учреждениях достигло 1 млн. и было вполне достаточным. Коечная сеть военно-медицинского ведомства охватывала лишь 43,2% от общего числа, а 56,8% приходилось на долю Красного Креста и других общественных организаций.

Литература:

1. Аранович А. «Эвакуировать во что бы то ни стало». Военные медики в годы Первой мировой войны //Родина. 2004. № 9. С. 27 – 28.
2. Будко А.А., Селиванов Е.Ф., Чигарёва Г.Г. «В известные моменты на войне не медицина, не наука, не операция играют важную роль, а организация работы...» //Военно-исторический журнал. 2004. № 8. С. 57 – 64.
- 3.Оппель В.А. Очерки хирургии войны. Л., 1940.

4. Санитарная служба русской армии в войне 1914 – 1917 гг. Сб. документов. Куйбышев. 1942.

5. Семека С.А. Медицина военная //Энциклопедический словарь военной медицины. М., 1948. Т.3. С. 870 – 872.

Блохина Н.Н.

АВГУСТЕЙШИЕ СЕСТРЫ МИЛОСЕРДИЯ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*ФБГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН,
Москва, Россия*

Буквально с первых дней первой мировой войны императрица Александра Федоровна направляла все свои повседневные заботы, все свои труды на оказание медицинской помощи раненым, которым она стремилась оказывать эту помощь профессионально. Именно поэтому она прошла медицинские курсы военного времени вместе со своими старшими дочерьми. Основной наставницей в медицинском деле обучения царицы и царевен стала доктор-хирург старший врач Царскосельского дворцового лазарета В.И. Гедройц. Княжна Вера Игнатьевна Гедройц, хирург Дворцового лазарета, была хорошо знакома императрице Александре Федоровне еще со времени русско-японской войны. Для чтения лекций и проведения практических занятий доктор В.И.Гедройц ежедневно приезжала в Александровский дворец.

В Дворцовом же лазарете, во время ухода за ранеными и проводились практические занятия, наравне со значительным числом слушательниц курсов военного времени, которые после окончания курсов работали безвозмездно в качестве сестер.

Журналист Г. Клепацкий констатировал: « – лекции происходят аккуратно, – сперва каждый день по 1½- 2 часа в день, а затем когда Августейшими сестрами милосердия была получена основательная теоретическая и практическая подготовка, – по три раза в неделю».

Со дня открытия Царскосельского лазарета Августейшие сестры милосердия ежедневно самым аккуратным образом от 10 часов утра и до часа дня (иногда и позже) трудились в лазарете, слушая лекции, собственноручно делая перевязки раненым воинам, присутствуя при операциях, помогая медицинскому персоналу, ухаживая за больными, утешая их, входя во все мельчайшие нужды лазарета.

Печатью глубокой серьезности и сознания важности совершаемого труда отмечена вся деятельность в лазарете Августейших сестер милосердия. Они присутствовали при операциях, не исключая даже самых сложных и мучительных, и так как число таковых значительно, то в работе при операциях, производимых старшим врачом лазарета доктором меди-

цины кн.В.И.Гедройц, императрица исполняла все обязанности хирургической сестры милосердия, подавая оператору все необходимые во время оперативного вмешательства хирургические инструменты. А великие княжны подавали перевязочный материал (бинты, марлю и проч.).

По воле государыни императрицы Александры Федоровны, великие княжны работали исключительно с нижними чинами.

В «Вестнике Красного Креста» (1914- №9) указывалось: «Своим внимательным опытным серьезным отношением к делу Государыня Императрица подает лучший пример всем остальным сестрам милосердия. Перевязки, – решительно всю работу хирургической сестры милосердия, – Ея Величество вместе с великими княжнами совершает в простоте любящего христианского сердца. И те несколько часов, которые проводят в лазарете Августейшие сестры милосердия, положительно являются счастливейшими часами в повседневной жизни раненых воинов, вселяя в их души бодрость, надежду на выздоровление, глубокую сердечную признательность».

Весь медицинский персонал единодушно свидетельствовал, что тот душевный подъем, который испытывали раненые, при заботливом уходе за ними Августейших сестер милосердия, в значительной мере ускорял процесс их выздоровления.

В «Отчете РОКК за 1914г» мы находим сведения, как проходила обучение императрица вместе с двумя ее дочерьми: « ... 15 августа были открыты курсы для подготовки сестер военного времени. Августейшая покровительница общины государыня императрица Александра Федоровна изволила изъявить желание подвергнуться испытанию на получение звания сестры милосердия военного времени и, по выдержании сего испытания милостиво удостоила Общину высокой чести вступить в состав сестер Общины. 1-ый выпуск – состоялся 6 ноября. В этот день в церкви общины было отслужено о.Николаем Андреевым благодарственное молебствие – на коем изволила присутствовать Августейшая сестра милосердия общины и все выпускные ее сестры».

Близкий человек императрице Александры Федоровны, Анна Вырубова констатировала: «Выдержав экзамен, императрица и дети, наряду с другими сестрами, окончившими курс, получили красные кресты и аттестаты на звание сестер милосердия военного времени. По этому случаю был молебен в церкви общины, после которого императрица и великие княжны подошли во главе сестер получить из руки начальницы красный крест и аттестат».

Началось трудное время и для Августейших сестер милосердия.. С раннего времени с утра до поздней ночи не прекращалась их деятельность. Вставали рано. В 9 часов утра Императрица с Великими княжнами каждый день заезжала в церковь Знаменья, к чудотворному образу, и уже оттуда они ехали на работу в лазарет(где работали от до часа дня

или до 3 ч. дня) Оставшееся время во второй половине дня императрица посвящала осмотру других (царскосельских) госпиталей.

Сохранились свидетельства ее работы в операционной и перевязочной: «В перевязочной работала как рядовая помощница. В этой обстановке княжна Гедройц была старшей. В общей тишине слышались лишь отрывчатые требования «ножницы», «марлю», «ланцет» и т.д. Императрица любила свою работу. Гедройц уверяла, что у нее определенные способности к хирургии. По собственному опыту знаю,- добавлял в своих воспоминаниях проходивший свое лечение в этом лазарете И. Степанов, - что Ее перевязки держались дольше и крепче других».

Как свидетельствовали очевидцы, императрица и великие княжны старались присутствовать при всех сложных операциях. Находясь рядом с хирургом, императрица Александра Федоровна как рядовая операционная сестра подавала стерилизованные инструменты, вату и бинты, а если нужно было, она уносила ампутированные ноги и руки.

Печатью глубокой серьезности и сознания важности совершаемого труда отмечена вся деятельность в лазарете Августейших сестер милосердия. И императрица и Августейшие дочери исполняли самым внимательным образом решительно все работы рядовой сестры милосердия, ни от чего не отказываясь, ничего не избегая.

Сохранились еще строки из воспоминаний А.Вырубовой: «С того самого времени буквально вся наша жизнь была посвящена тяжелому труду. Мы вставали в 7 утра, часто проспав час или два после ночного дежурства. Императрица не чуралась абсолютно никакой работы. Случалось, хирург сообщал несчастному солдату о предстоящей ампутации или об операции, которая может окончиться фатально; солдат поворачивался и кричал с мукой в голосе: « Царица ! Постой рядышком, поддержи меня за руку, чтобы я смелее был». Кто бы это ни был – офицер или молодой солдат – крестьянин, она всегда спешила на зов. Положив раненому руку под голову, она говорила ему слова утешения и ободрения, молилась с ним, пока готовились к операции, ее милосердные руки помогали при анестезии».

Любя свой лазарет, императрица Александра Федоровна посещала его вместе со своими старшими дочерьми. Строки из их писем это подтверждали. Они дружили с ранеными, находившимися в лазарете, а также со всем медицинским персоналом. С 10 августа 1916 года он станет называться « Собственный Ее Величества лазарет №2».

В тяжелое военное время Царская семья часто посещает богослужения. Повседневными становятся и молебны на благое дело и панихиды по погибшим и крестные ходы для дарования победы.

Как бы то ни было, но профессионализм Августейших сестер милосердия, окружающими был замечен. Свидетельство Офросимовой еще раз подтверждает призванность молодых сестер милосердия из царственного

дома Романовых к делу ухода за ранеными и больными: «Но не только своими посещениями, своей лаской и участием облегчали Великие Княжны раненым их тяжелые дни. Две старшие Великие Княжны были настоящими, окончившими курс, сестрами милосердия».

Анна Вырубова, как близкий человек императрице, вспоминала это непростое военное время: «Императрица перевязывала гангренозные раны не гнушаясь ничем и стойко вынося запахи и ужасные картины военного госпиталя во время войны. Объясняю себе тем, - добавляла Анна Вырубова, - что она была врожденной сестрой милосердия».

И. Степанов своих воспоминаниях под названием « Милосердия двери» писал: « Лазарет ея Величества» очень точно и подробно дает расписание дня Августейших Сестер милосердия: «День в лазарете начинался в семь часов утра мерили температуру, приводили в порядок и ночные столики. Пили чай. В восемь часов палаты обходила старший врач княжна Гедройц. Ровно в девять часов слышался глухой протяжный гудок царского автомобиля Вильчковский встречал рапортом. Весь персонал выстраивался в коридоре, женщины, прикладываясь к руке, делали глубокий реверанс. На этом кончалась официальная часть. Императрица давала понять, что каждый должен заниматься своим делом и не обращать на нее внимания. Она быстро обходила палаты с великими княжнами Ольгой Николаевной и Татьяной Николаевной, давая руку каждому раненому, после чего шла в операционную, где работала непрерывно до одиннадцати часов. Начинался вторичный длительный обход раненых. На этот раз она долго разговаривала с каждым, присаживаясь раненых». Но, такой ритм присутствовал в относительно спокойный промежуток времени, когда же прибывали санитарные поезда, то наступало самое горячее время, императрица и великие княжны делали перевязки, ни на минуту ни присаживаясь, с 9 часов иногда до 3 часов дня.

«Во время тяжелых операций раненые умоляли Государыню быть около. Вижу ее,- писала А. Вырубова, – как она утешает и ободряет их, кладет руку на голову и подчас молится с ними. Императрицу боготворили, ожидали ее прихода, старались дотронуться ее серого сестринского платья; умирающие просили ее посидеть возле кровати, поддержать им руку или голову, и она, невзирая на усталость, успокаивала их целыми часами».

Офросимова писала о том, что когда императрица отбывала во Дворец, откуда каждый вечер справлялась по телефону через дочерей или Вырубову о здоровье наиболее серьезных пациентов».

Кроме деятельности по Царскосельским лазаретам, государыня объезжала некоторые города России с целью посещения местных лазаретов. В форме сестры милосердия со старшими великими княжнами императрица посетила Лугу, Псков, где работала великая княжна Мария Павловна младшая, Вильно, Ковно и Гродно.

В течение трех военных лет императрица Александра Федоровна вместе со своими дочерьми вел. кн. Ольгой Николаевной и вел. кн. Татьяной Николаевной трудились в Царскосельском лазарете простыми сестрами милосердия. Раненые в госпиталях звали Государыню Императрицу – «Матушка-Царица», потому что она утешала их с не меньшей любовью, она служила им как родная сестра– сестра милосердия.

Блохина Н.Н.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИМПЕРАТРИЦЫ АЛЕКСАНДРЫ ФЕДОРОВНЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦАРСКОСЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*ФБГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва,
Россия*

По слову императора Николая II (речь 19 июля 1914г) вся Россия поднялась на борьбу с врагом. Началась война, которую в то время будут – называть « Великой войной» и « Второй Отечественной».

Сразу же, с первых дней после объявления этой войны представители рода Романовых принялись за организацию лазаретов, санитарных поездов, складов белья и медикаментов. Одной из первых среди них стала императрица Александра Федоровна. За Августейшей Романовой следовали представители российских аристократических родов и общественные организации: «Всероссийский союз городов», «Всероссийский земский союз помощи раненым и больным воинам» и др.

Императрица Александра Федоровна занялась и формированием отрядов санитарных поездов и открытием складов получивших ее имя в Петрограде, Москве, Харькове и Одессе. Государыня императрица Александра Федоровна стала одной из первых, кто чутким сердцем сразу поняла, что необходимо российской армии. В день обращения царя к народу 19 июля 1914 года последовало Августейшее повеление имп. Александры Федоровны об открытии в Зимнем дворце склада Ея Величества.

21 июля 1914года состоялось первое совещание назначенных ею лиц. А 23 июля 1914 года, уже после открытия склада, началась его деятельность. Целью этого склада явилось – «воспособление нуждам находящихся на передовых позициях войсковых частей и лазаретов путем снабжения их бельем, одеждой, медикаментами, перевязочными средствами, продовольственными продуктами и иными предметами», в которых была необходимость. Был открыт прием пожертвований бельем, деньгами, личным трудом.

Призыв Царицы сразу же нашел живой отклик в сердцах россиян. В военную страду для армии направлялись многочисленные добровольные пожертвования. Со всех сторон шли женщины и девушки, желавшие потрудиться на пользу родных воинов, бьющихся на позициях, сидящих в окопах. Ожили парадные залы Зимнего дворца. Во Зимнем дворце застучали швейные машины, замелькали быстрые иголки; отмеривались полотно, холст, марля, изготавливались бинты, чинилось белье, и упакованные увесистые тюки быстро стали наполнять его залы. Почин царицы сразу же стал известен и вызвал благородное подражание. Во всех слоях общества, в близких и далеких от Петрограда провинциальных городах, стали следовать примеру императрицы. По всей России стали открываться мастерские и склады; не было дома, где бы женщины не посвящали несколько часов работы для армии. Кроме склада в Зимнем дворце, императрица Александра Федоровна открыла личный склад в Царскосельском дворце, где она работала со своими дочерьми.

Но, деятельность склада была бы не полной, если бы царица не имела бы возможности посылать собранные и сшитые вещи на дальние и близкие военные позиции. И уже в сентябре 1914 г. она стала заботиться о устройении поездов-складов. 26 сентября 1914 г. был освящен первый поезд, который вышел из Царского села уже 28 сентября и прибыл на фронт, наполненный посылками для солдат, и офицеров. Этот поезд в течение первого года войны совершил 40 поездок, каждый раз привозя с собой все необходимое для солдат, что было собрано для них заботливыми руками царицы.

21 октября 1914 г. был освящен второй такой же поезд, который двинулся в дорогу 23 октября и в течение года совершил 35 поездок. «В настоящее время, – находим мы сведения за 1916 год, – такие поезда-склады с необходимыми вещами и подарками отправляются на позиции каждую неделю по два поезда. Вещи для них изготавливаются и собираются как в складе Ея Величества в Зимнем дворце, так и в складе Царскосельского дворца». Посылалась посылки на все фронты включительно. Побывали подобные поезда во всех армиях. «Нет солдата, – утверждали современники, – который не видел бы такого чуда-поезда».

Входя во все нужды воинов на военных позициях, императрица Александра Федоровна осознала необходимость для них бани и с этой целью соорудила один за другим два поезда. Главная задача оборудования такого рода поездов состояла в снабжении чистым и обезвреженным бельем войск, находящихся на передовых позициях. «Эти громадные поезда, – свидетельствовала печать того времени, – оборудованные по последнему слову техники, состояли из паровоза, трех платформ для ... автомобилей, вагона-бани, вагона дезинфекционной камеры, вагона электрической станции, вагона кухни-столовой, вагона чайной, парикмахер-

ской, прачечной, сушильной, склада для чистого белья, двух вагонов с персоналом и двух цистерн».

Поезд был снабжен четырьмя тысячами комплектов чистого белья для выдачи не имеющим белья в бане, причем запас этот всегда пополнялся отделом склада. Вымывшись, воины получали после бани чай с баранками. Указанные поезда ходили по всему фронту, от отряда к отряду, от полка к полку, вызывая своим появлением всеобщую радость. Так, «Вестник Красного Креста» в 1915г. подробно повествовал на своих страницах о действующих подобных поездах- банях. Так, в Саракамыш для нужд Кавказской армии был отправлен, прибывший из Петрограда поезд-баня (или поезд-прачечная) отдела Склада государыни императрицы Александры Федоровны.

В начале войны семья императора Николая II поселилась в Александровском дворце Царского Села. Из Александровского парка железная дорога вела на так называемую « Собственную железную ветку». Из Александровского парка железная дорога вела на так называемую « Собственную железную ветку». Построена эта ветка и павильон были еще в 1895- 1909 гг.. Сюда, в «Особый эвакуационный пункт Царскосельского района», с начала войны стали привозить раненых в санитарных поездах, а затем на автомобилях или подводах развозили по госпиталям. А. Вырубова в своих воспоминаниях свидетельствовала: «В Царском Селе, Государыня создала «Особый эвакуационный пункт», в который входило около 85 лазаретов в Царском селе, Павловске, Петергофе, Луге, и других местах. Обслуживали эти лазареты около 10 санитарных поездов ее имени и имени детей.

7 декабря 1914 г. «Особый эвакуационный пункт» открыл свои действия и началась кипучая работа. К Царскосельскому району был присоединен также Петергоф, Гатчина, Ораенбаум и город Луга со всем уездом. И все это взяла под свое покровительство Имп. Александра Федоровна.. Труды ее умножились. Началась ее Великая страда Имп. Александра Федоровна неусыпно следила она за работами в учреждениях открытых ею. Уже пять ее собственных поездов отходили на фронт. Причем каждый поезд она обозревала лично, заботясь о посылках. Почин царицы сразу же стал известен и вызвал благородное подражание. Во всех слоях общества, в близких и далеких от Петрограда провинциальных городах, стали следовать примеру императрицы. По всей России стали открываться мастерские и склады; не было дома, где бы женщины не посвящали несколько часов работы для армии. Кроме склада в Зимнем дворце императрица Александра Федоровна открыла личный склад в Царскосельском дворце, где она работала со своими дочерьми.

Имп. Александра Федоровна внимательно следила за их пополнением за отпуском вещей, за работами для складов. Избегая всякой канцелярской работы, она все- таки обязана была читать и выслушивать докла-

ды, вникать в сметы, расчеты, делать выкладки, председательствовать в заседаниях и решать ежедневно большое число сложных вопросов.

Думала царица об увечных воинах и о выздоравливающих раненых. Заботами Царицы каждый инвалид по выходе из лазарета снабжался искусственной рукою или ногою, утраченными на войне. Но для помощи пострадавшему этого было мало, и государыня под личным своим наблюдением поручает эти заботы «Особому комитету» под председательством вел. кн. Ксении Александровны. Государыня предоставила для пользования выздоравливающих Собственной Ее Величества санаторию в удельном имении «Кучук Ламбат», которая и была открыта в октябре 1914 г. и Собственную здравницу в Железноводске с апреля 1915 г.

И тотчас на ее высокий почин отозвались жертвователи. В Ялте тотчас был оборудован лазарет на 20 официальных кроватей. Одесский дамский комитет Красного Креста предоставил в распоряжение императрицы 25 кроватей, переведенных на Ходжебейский лиман; временный комитет по оказанию помощи на Южном берегу Крыма больным и раненым предоставил 15 мест для туберкулезных офицеров. В распоряжение государыни калмыки предоставили свои кумысолечебные пункты. Дело разрасталось. И видя неутомимую энергичную деятельность Царицы в этом направлении, сознавая громадную нравственную обязанность оказать возможно широкую помощь всем выздоравливающим воинам и даже членам их семей, император Николай II Высочайшим рескриптом на имя Государыни императрицы Александры Федоровны, возложил на нее еще более обширные заботы о выздоравливающих, высказав одобрение по поводу принятия императрицей под свое Августейшее покровительство «Всероссийского общества здравниц в память войны 1914-1915 гг.».

Бойко А.В.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ БУКОВИНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы,
Украина*

Курс туберкулеза был организован в 1944 г. на базе кафедры факультетской терапии Черновицкого медицинского института. Первым заведующим курсом был доцент Б.П. Александровский, который основал учебно-методическую работу на курсе и научную работу по проблемам диагностики и дифференциальной диагностики различных форм туберкулеза легких.

С 1947 по 1960 г. курс туберкулеза возглавляла доцент С.С. Эндер. Под ее руководством преподаватели совершенствовали учебно-

методическую работу, оказывали лечебно-консультативную помощь фтизиатрической службе на Буковине. Научно-исследовательская работа сотрудников курса в этот период была направлена на повышение эффективности лечения тяжелых форм туберкулеза легких посредством применения тиреоидных гормонов.

В 1960 г. заведующей курсом туберкулеза была назначена доцент Л.С. Ключкова. В 1967 г. Л.С. Ключкова защитила докторскую диссертацию и с сентября 1969 возглавляла кафедру туберкулеза, которая была создана как самостоятельное подразделение медицинского института. Л.С. Ключкова считается основателем фтизиатрической школы на Буковине, она учредила новое научное направление – изучение обменных процессов у больных туберкулезом в условиях применения антибактериальной терапии. Л.С. Ключкова посвятила свою докторскую диссертацию изучению функционального состояния почек у больных различными формами легочного туберкулеза в процессе антибактериальной туберкулостатической терапии. Это научное направление нашло свое продолжение в диссертационных работах ее учеников. Так, В.А. Степаненко защитила кандидатскую диссертацию, в которой изучалось функциональное состояние почек у больных туберкулезом легких под влиянием лечения этионамидом, пиразнамидом и этоксидом. Практический врач Д.С. Сирота исследовал деятельность почек у больных туберкулезом легких до и после радикальных операций на легких. Б.И. Квасницкий в своей кандидатской диссертации изучал влияние на функциональное состояние почек комплексной химиотерапии, которая включала новый, на то время, туберкулостатик – этамбутол. Важному вопросу была посвящена кандидатская диссертационная работа В.С. Самараша, который исследовал деятельность почек у больных туберкулезом легких при возникновении побочных реакций противотуберкулезных препаратов. А.П. Анипко в своей диссертации изучал функцию щитовидной железы и функцию внешнего дыхания у больных туберкулезом органов дыхания.

Исследования Л.С. Ключковой и ее учеников имели не только теоретическое, но и фундаментальное значение – они открыли широкую дорогу для внедрения в практику лечения больных туберкулезом новых, более эффективных противотуберкулезных препаратов. С целью уменьшения гепатотоксического действия рифампицина на кафедре была разработана методика растворения препарата в гемодезе и селективное эндобронхиальное его введения (кандидатская диссертация Шаповалова В.П. «Коррекция химиотерапии деструктивного туберкулеза легких, направленным внутрибронхиальным введением химиопрепаратов»). Разработана методика введения с помощью внутриорганного электрофореза антимикобактериальных препаратов в организм больного, позволяющая повысить концентрацию их в очаге патологического процесса. Под руководством Л.С. Ключковой проводилась работа по подготовке врачей на местной ба-

зе – важное звено в повышении квалификации врачебных кадров и развитии специализированной медицинской помощи в Черновицкой области. Факультет повышения квалификации играл решающую роль в совершенствовании знаний фтизиатров по рентгенологии, бронхологии, пульмонологии, онкологии, кардиологии и др.

В 1984-1988 гг. кафедрой заведовала профессор Г.Ю. Бутенко. В этот период научным и лечебным направлениями работы сотрудников кафедры были разработка и применение способов профилактики прогрессирования туберкулеза и неспецифических заболеваний легких у лиц с остаточными туберкулезными изменениями.

С 1988 по 1995 г. заведующим кафедрой был доцент А.П. Анипко. В результате реорганизации с 1995 года кафедра туберкулеза стала курсом при кафедре кожно-венерических болезней и фтизиатрии, который возглавляли: доцент Анипко А.П. (1995-2002 гг.), доцент Шаповалов В.П. (2002-2006 гг.), доцент Сливка В.И. (2006-2010 гг.). В то время, по результатам научных исследований, проведенных сотрудниками, сформировано самостоятельное научное направление в клинике туберкулеза: изучалась клиническая патофизиология туберкулезного воспаления, была разработана комплектарная и адьювантная неспецифическая терапия больных туберкулезом, внедрялись в клинику малозатратные средства и методы лечения. Над решением этих научных проблем работал ассистент курса туберкулеза Н.Н. Кузьмин, который впоследствии защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Лечение больных с впервые диагностированным туберкулезом легких, осложненным почечной дисфункцией».

В 1995 г. Всемирная организация здравоохранения объявила эпидемию туберкулеза во всем мире, в том числе химиорезистентного. Коллектив курса поставил перед собой задачу вместе с практическим здравоохранением интенсифицировать работу в плане обеспечения контроля над эпидемическим процессом и, таким образом, приостановить распространение эпидемии на Буковине. Научный поиск сотрудников курса был направлен на разработку эффективных эмпирических режимов лечения больных с подозрением химиорезистентного туберкулеза до получения теста медикаментозной чувствительности. Был проведен ретроспективный анализ химиорезистентного легочного туберкулеза в регионе, создан Буковинский реестр больных с мультirezистентной формой и изучены эпидемиологические показатели формирования лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Определенный вклад в этом направлении сделан кандидатом медицинских наук Бойко А.В., которая также занималась изучением состояния иммунной системы в процессе противотуберкулезной терапии у больных туберкулезом. Была разработана схема и показания к применению иммуномодуляторов у больных с неудачей лечения в начале 5 месяца основного курса химиотерапии.

С сентября 2010 г. при содействии и всесторонней поддержке ректора, профессора Бойчука Т.Н., курс фтизиатрии повторно реорганизован в кафедру фтизиатрии и пульмонологии, которая функционирует на базе Черновицкого областного клинического противотуберкулезного диспансера и отвечает всем современным потребностям общества. Возглавляет кафедру доктор медицинских наук, профессор Тодорико Л.Д.

С начала основания курса, а в дальнейшем кафедры фтизиатрии и пульмонологии сотрудники плодотворно сотрудничают с коллективом областного клинического противотуберкулезного диспансера. Все виды деятельности (методическая, консультативная, лечебная, научная) направлены на повышение квалификации фтизиатров города и области. На базе кафедры фтизиатрии и пульмонологии постоянно функционирует ассоциация фтизиатров области, прерывистые, передаттестационные курсы и курсы тематического усовершенствования по актуальным вопросам фтизиатрии и пульмонологии с отрывом от производства; все подразделения СТМО «Фтизиатрия» курируются сотрудниками кафедры.

Уже много лет Черновицкий областной противотуберкулезный диспансер остается клинической базой кафедры, в тесном сотрудничестве с ним осуществляется лечебная и научно-исследовательская работа. Сотрудники кафедры проводят также консультативную работу в Черновицком областном детском противотуберкулезном санатории «Садгора» и Черновицком городском противотуберкулезном диспансере.

Под руководством профессора Тодорико Л.Д. преподаватели принимают активное участие в проведении «Дней врача», клинических конференциях (в т.ч. телемостах и видеоконференциях), беседах с медицинскими работниками и населением, уделяя особое внимание раннему и своевременному выявлению как легочного, так и внелегочного туберкулеза. Обеспечивается систематическое информирование населения по вопросам ранней диагностики, лечения и профилактики туберкулеза, социальная реклама здорового образа жизни с привлечением средств массовой информации (радио, телевидение, статьи в газетах государственного, областного и районного масштабов).

Сотрудники кафедры принимают участие в работе Всеукраинских и международных съездов фтизиатров и научно-практических конференций, семинаров, симпозиумов. Кафедра принимает активное участие в организации и проведении прерывистых курсов, клинических конференций для фтизиатров, пульмонологов, терапевтов, семейных врачей и врачей - интернов, на которых обсуждаются актуальные вопросы диагностики, современные программы лечения и профилактики туберкулеза, акцентируется внимание на вопросах дифференциальной диагностики. Сотрудники кафедры принимают участие в кураторских выездах в районы области, проводят активную санитарно-просветительскую работу среди больных и населения, в т.ч. и с молодежью.

С 60-х годов на кафедре фтизиатрии и пульмонологии функционирует студенческий научный кружок (СНК). Под руководством профессора Л.С. Ключковой были выполнены многочисленные студенческие научные работы, проводились кафедральные конференции, конкурсы, за лучшие работы вручались призы, а сами работы направлялись на республиканские и союзные студенческие конференции. Профессор Л.С. Ключкова была уверена, что каждый ученый, исследователь должен стать активным пропагандистом своего научного направления, потому что только увлеченный человек может «заразить» другого своей идеей. Она была прекрасным популяризатором научных открытий. Вокруг нее всегда собирались одержимые жаждой знаний, любознательные студенты, стремящиеся почерпнуть новые научные знания. Участие студентов в массовых мероприятиях среди широких слоев населения (флюорография, туберкулинодиагностика, вакцинация) и в санитарно-просветительской работе в тубочагах, школах было неоценимым для практического здравоохранения. Помощь студентов практическому здравоохранению составляла на кафедре значительную часть учебного процесса, который проводился непосредственно на врачебном участке диспансера, то есть среди населения.

До настоящего времени остается хорошо организованной на кафедре фтизиатрии и пульмонологии работа студенческого научного кружка, которая не только пробуждает у студентов живой интерес к фтизиатрии, но, главное, включает их в сферу научной и практической деятельности во внеаудиторное время, имеет большое воспитательное значение. Куратором СНК с 2009 г. является доцент Бойко А.В.. На заседаниях студенческого научного кружка студенты знакомятся со структурными подразделениями областного клинического противотуберкулезного диспансера, инфраструктурой отдельных отделений, историей развития и функционирования кафедры. Уделяется большое внимание современным взглядам на диагностику и лечение туберкулеза, проводятся клинические обходы. Студенты - кружковцы активно работают с литературой, готовят доклады по актуальным вопросам фтизиатрии и пульмонологии, участвуют в выполнении научно-исследовательской работы, которая является фрагментом комплексной кафедральной НИР. Такой подход помогает формировать из студентов молодых врачей, любящих свое дело и пытающихся построить свою работу на уровне современных научных достижений.

Литература:

1. Закон України № 4565-VI від 22.03.2012 «Про протидію захворюванню на туберкульоз».
2. Наказ МОЗ України від 21. 12. 2012 №1091 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги. Туберкульоз».

Бошектуев А.В.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ БУРЯТ В ПОСЛЕВОЕННЫЕ ГОДЫ НА ПРИМЕРЕ КИЖИНГИНСКОГО РАЙОНА БУРЯТ-МОНГОЛЬСКОЙ АССР

*ФГОУ ВПО «Восточно-Сибирский государственный университет
технологий и управления», Россия*

Важным направлением советской национальной политики была организация системы здравоохранения коренного населения. Этому вопросу уделялось первостепенное значение, и ее решение было яркой иллюстрацией достижений советского государства. Как известно, медицинское обслуживание народов России вплоть до революции 1917г. практически отсутствовало. В совершенно неудовлетворительном состоянии находилось лечебное дело у бурятского населения. Как правило, врачебные услуги оказывали знахари или шаманы, в лучшем случае лекари из числа буддийского духовенства, которые не владели методикой лечения инфекционных заболеваний. Отсюда высокий уровень смертности от острозаразных заболеваний, негативные тенденции в репродуктивной сфере.

В течение 1920-30-х гг. советское правительство предприняло немало усилий для решения этой проблемы. К сожалению, позитивные изменения, наблюдавшиеся в довоенные годы, были прерваны начавшейся Великой Отечественной войной.

Поэтому с окончанием войны возникла необходимость оценить масштабы проблемы и определить меры по ее решению. В Бурятии летом 1946г. по распоряжению Министерства здравоохранения БМАССР в Кижингинский аймак была направлена бригада медиков с целью обследования коренного бурятского населения. В ее состав вошли врач-гинеколог, фтизиатр и дерматовенеролог, а также два лаборанта из числа среднего медперсонала. Перед ними была поставлена цель - выявить масштабы распространения в районе гонореи, сифилиса и туберкулеза, как болезней, отражающихся на приросте бурятского населения.[1]

Материалы комиссии предоставляют ценную информацию в оценке санитарно-эпидемиологической обстановки бурятского населения. Общность жилищно-бытовых и хозяйственных условий бурятских хозяйств, позволяют нам на результатах обследования Кижингинского аймака оценить состояние здоровья всего бурятского этноса, проживающего в сельской местности Забайкалья.

В ходе обследования комиссия внимательно изучила состояние здоровья колхозников, бытовые особенности бурятских хозяйств и условия работы. За полтора месяца медицинские работники посетили 11 колхозов. Врачей интересовало не только общее состояние здоровья бурят, но и жилищные условия колхозников, как фактор распространения инфекцион-

ных заболеваний. Были определены методы застройки, и благоустройство бурятских сел, конструктивные особенности самих жилищ.

Оценивая жилищно-бытовые условия бурятского населения, следует отметить, что значительная часть сел образовалась в результате политики «оседания коренного населения», проводившаяся в 1930-е гг. Эти мероприятия, как правило, проводились форсированными темпами, места оседания и вопросы благоустройства авторов этой идеи практически не интересовали. Отсюда все недостатки в организации бурятских сел, которые не были еще Застройка сел шла вдоль дороги и представляла, таким образом, широкую улицу. Такой тип сельской застройки был характерен для «старообрядческих» сел Забайкалья. Отличие заключалось в значительно более широкой планировке крестьянских усадеб и улиц. Специалистами комиссии было отмечено, что такая планировка в санитарном отношении более благоприятна, чем узкие улицы старообрядческих сел.

Тем не менее, на этом преимущества застройки бурятских сел исчерпывались. Члены комиссии критически отзывались о состоянии жилищ и организации благоустройства. Скотоводческий характер занятий обуславливал повышенное загрязнение сел навозом. При этом организованный вывоз мусора и уборка улиц и домов не производилась. Большим недостатком являлось отсутствие в придомовых постройках уборных. Подобное отношение к физиологическим процессам было характерно для кочевых народов, и в условиях кочевого хозяйства не представляло серьезную проблему. Однако в условиях оседлого образа жизни эти обычаи стали представлять серьезную проблему.

Жилые дома представляли собой четырехстенные сооружения с низкими потолками. Оконные проемы небольшие, входная дверь была не прикрыта защитным сооружением типа сени. Внутри помещения полы не красились, влажная уборка проводилась крайне редко, как правило, без натирания песком. В условиях сельской жизни подобные обычаи не могли не провоцировать распространение инфекционных заболеваний.

На низком уровне находилась личная гигиена колхозников. Среди бурят длительное время существовал обычай запрета на купание. Считалось, что человек может смыть удачу, заболеть и т.д. Подобные представления значительно ухудшали санитарную обстановку в селах. В отчете отмечалось, что в Чесанском и Верхне-Кудунском сельсовете не имелось ни одной бани. Так в колхозе им. «Кирова» расположенном в 5-7 км. от реки имелось 3-4 колодца, что явно было недостаточно. Врачи отмечали, что лица детей не мытые, грязные. В то же время, членами комиссии было отмечено, что в колхозе им. «Молотова» дети чистые, так как часто купаются в реке, что было необычно еще двадцать лет назад. [2]

Особое внимание членов комиссии привлекла деятельность местных минеральных источников, на которых были открыты лечебницы. Например, в колхозе «Комсомол» был осмотрен аршан «Харанта». Эта

стихийно организованная лечебница располагалась в живописной местности с двумя ключами, химический состав воды был не исследован. Но местное население было убеждено в лечебных свойствах источника, и регулярно его посещало. Процедуры проводились в отдельных постройках, внутри которых помещалась деревянная ванна называемая местным населением «тархо», сделанная в виде деревянной кадки. Неорганизованный способ лечения, отсутствие контроля со стороны органов здравоохранения, низкая санитарная культура лечащихся не могла не способствовать распространению инфекционных заболеваний. По мнению врачей, эти ванны «торхо» становятся рассадником заболеваний. Таких аршанов в районе насчитывалось несколько десятков.

Медицинская работа проводилась путем амбулаторного осмотра. По сведениям Кижингинского аймсовета в одиннадцати обследованных колхозах проживало 4399 человек. Через врачебный осмотр прошло 60-70% населения. Врач туберкулезник обследовал около 2 тыс. человек, из них было выявлено 18,8% пораженных туберкулезом. Обследование показало, что среди женщин болезнь встречалась в 1,5 раза чаще, чем среди мужчин.[3] Этот факт не вызывает удивление, так как особенность этой болезни в том, что в первую очередь поражает женщин в возрасте 25-35 лет. В итоге в условиях войны и призыва в армию мужчин именно этого возраста уровень заболеваемости у женщин был столь высоким.

Исследование венерических заболеваний проводилось в два этапа. Вначале проводился осмотр пациентов, и в случае жалоб или симптомов венерической болезни проводился лабораторный анализ. Все исследования крови, мазков и мокроты проводили две лаборатории: одна производила серологические реакции для определения заболеваемости сифилисом и другая проводила исследования мазков на гонококки.

По результатам осмотра на обследование в лабораторию на гонококки было направлено 425 человек, из них положительный результат дали 111 человек или 26,3%. В тоже время врачи отметили, что среди обследованных лиц могли быть больные с хронической гонореей, которая трудно диагностируется. Поэтому реальное количество больных гонореей могло быть выше.

Недостаток мужчин детородного возраста призванных в армию, провоцировал внебрачные связи, что вызывало рост венерических болезней. Ситуацию усугублял тот факт, что в 50% случаев гонорея у женщин проходит бессимптомно, что представляет потенциальную угрозу распространения болезней. Специалисты понимали опасность подобной ситуации, ими были высказаны рекомендации усилить борьбу с женской гонореей.

Масштабы распространения сифилиса были значительно ниже, чем гонореи. По всей вероятности меры, предпринятые в 1930гг. позволили значительно улучшить ситуацию. Если в конце 1920-х гг. процент боль-

ных сифилисом составлял по разным оценкам 30-60%, то в послевоенные годы в Кижингинском аймаке он снизился до единичных случаев.[4] Члены комиссии отметили, что местные медработники, убежденные в поголовной заболеваемости сифилисом бурятского населения проводят один-два курса лечения даже для лиц у кого нет подозрений на сифилис.

Были собраны материалы о плодovitости бурятских женщин, детской смертности. Результаты обследования говорят о низкой плодovitости женщин в возрасте 20-30-лет, что, несомненно, связано с войной. Мобилизация мужской части населения значительно снизила рождаемость. Вместе с тем трудности которые переживал бурятский этнос в годы коллективизации, распространение венерических заболеваний не могли не отразиться на репродуктивных качествах. Врачи диагностировали у бурятских женщин инфантилизм матки и воспалительные заболевания внутренних половых органов как последствия плохого лечения гонореи. Статистические сведения позволяют нам констатировать малодетность бурятских семей Кижингинского аймака. По данным медицинского учета бурятская женщина в среднем рожала не более трех раз, что было меньше, чем у русского населения этого же района.

Исключительно неблагополучной была ситуация с детской смертностью. От общего количества родившихся детей 27% не доживало до 1 года. В качестве причин высокой смертности детей врачи указывали на антисанитарные бытовые условия, неправильное вскармливание детей, недостаточное питание, слабое здоровье матерей. Неблагополучную ситуацию в области рождаемости бурятского населения косвенно подтверждает широко распространенный обычай усыновления. Не имея собственных детей бурятские семьи охотно принимали неродных детей. По данным комиссии 4,9% детей относились к категории усыновленных.[5]

В тоже время были отмечены и позитивные тенденции. Так детская смертность у молодых матерей была в два раза ниже, чем у возрастных матерей. Можно уверенно утверждать, что мероприятия советского государства по повышению уровня культуры бурят, и в первую очередь в области санитарных норм имели положительные последствия.

Таким образом, комиссия достаточно подробно проанализировала состояние санитарно-эпидемиологической обстановки в Кижингинском аймаке. Результаты обследования позволяют нам констатировать широкое распространение социальных болезней у бурятского населения в послевоенные годы. Неблагоприятные бытовые условия, неразвитость медицинских услуг, провоцировали распространение болезней на селе. Война прервала позитивные тенденции в области здравоохранения, наметившиеся в довоенные годы, и не позволила кардинально улучшить ситуацию.

Литература:

1. Государственный архив республики Бурятия Ф. р.209, оп. 1, д. 2, л. 17.

2. Государственный архив республики Бурятия Ф. р.209, оп. 1, д. 2, л. 17об.
3. Государственный архив республики Бурятия Ф. р.209, оп. 1, д. 2, л. 19.
4. Государственный архив республики Бурятия Ф. р.665, оп. 1, д. 47, л. 1; Гранат Е.Е. Состояние и заболеваемость детей Бурят-Монгольской АССР. // Жизнь Бурятии. – 1929, № 6. С.56; Убугуне В.И. К вопросу о естественном движении бурят-монгольского населения. // Бурятиеведение. – 1930, № III-IV (11-12). С.65.
5. Государственный архив республики Бурятия Ф. р.209, оп. 1, д. 2, л. 20.

Будревич Г.С., Лукьянец В.В, Михалюк С.Ф.
ИСТОРИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ
г. МИНСКА

УЗ «38-я городская поликлиника», Минск, Беларусь

Медицинское обслуживание рабочих и служащих железных дорог, проходящих по территории Беларуси, как и во всей России было организовано со времени начала работы отрасли. Первоначально эти заботы возлагались на частные общества. После выкупа железных дорог в казну – врачебно-санитарные части, входящие в состав каждой железной дороги. К концу XIX века на сети дорог уже действовала система специальных медицинских учреждений.

С 1866 г. на фабриках и заводах, к которым приравнивалась и железная дорога, становится обязательным устройство больниц. К 1879 г. на всех дорогах имелись средства для оказания первой помощи заболевшим и пострадавшим при несчастных случаях пассажирам, служившим в поездах и на станциях. Это – станционные и поездные аптечки, ящики с перевязочными материалами, носилки и прочее. На съезде русских естествоиспытателей и врачей (в декабре 1987 г.) железнодорожные врачи создали при секции научной гигиены особую комиссию и выработали основы общей организации врачебно- санитарной части на железных дорогах. В первые годы существования железной дороги ее труженники подвергались неимоверной эксплуатации, не имели медицинской помощи, поэтому слишком рано уходили из жизни.

Первое упоминание о железнодорожной больнице на станции Минск относится к 1889 г. Она создана обществом Московско-Брестской железной дороги, содержалась на его средства, предназначалась для медицинского обслуживания своих работников. Заведовал больницей врач С.Июф. При развитии станции Минск в 1908 г. был построен больничный городок из нескольких одноэтажных и двухэтажных капитальных зданий. В 1914 г. завершино строительство железнодорожной больницы. Но в связи с первой мировой войной здание было отдано под военный госпи-

таль для раненных солдат. Открытие железнодорожной больницы, в состав которой входило и поликлиническое отделение состоялось в 1922 г.. Первый главный врач больницы в предвоенный период (1922 – 1926г) – профессор, заведующий кафедрой анатомии БГУ – Лебедин Сергей Иванович. В разные годы больницу возглавляли врачи: Долмацкий (с 1926 г), Долголиков Павел Павлович (с 1939 г), а в послевоенный период – Гречикова Зинаида Васильевна, Конопелько Василий Васильевич, Сяпич Павел Игнатьевич, Вечерский Григорий Арсентьевич (1968-1970г), Окунев Иван Мартынович (1970-1978 г), Зюженков Виктор Васильевич (1978-2000 г), Дроздов Николай Иванович (2001-2002 г), Крылович Валерий Николаевич (2002-2003г), Луневский Виталий Адамович (с 2003 года).

Амбулаторная помощь железнодорожникам и членам их семей оказывалась в поликлинике, размещавшейся в первом здании больницы на ст. Минск-Товарная. Поликлиника №2 была открыта на станции Минск-Пассажирский в путевом здании, в 1953 г. она занимала первый этаж жилого дома на улице Кирова. В 1957 г. была открыта детская поликлиника на улице Свердлова.

10 января 1988 г. введена новая поликлиника на 840 посещений по улице Воронянского, 50. Основное внимание при формировании структуры поликлиники уделяется первичной медицинской помощи. Возглавляет работу поликлиники заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи М.Л.Вочкевич (поликлиника входит в структуру ЛПУ «Дорожная больница на станции Минск БЖД»). В основу положена работа двух терапевтических отделений. Их возглавляли опытные врачи-терапевты первой категории О.И.Иванькович и Л.П.Мачнева. в состав отделений вошли по три цеховых терапевтических участка и сеть территориальных. Помощь линейному населению была обеспечена опытными фельдшерами Ф.В.Куневским и В.В.Образовский.

Формируется единая система оказания помощи на базе женской консультации. Кабинеты приема оснащены новейшим диагностическим и лечебным оборудованием. Отделение возглавляла заведующая С.И.Михайлова. Работали в то время опытные акушеры-гинекологи: А.В.Гапеева, Е.И.Биндей, И.Р.Красильщикова, К.Т.Козлова, старшая акушерка Г.Ф.Симакова, которая работает в отделении по сегодняшний день.

Значительное внимание уделяется восстановлению и укреплению здоровья железнодорожников. Основой для создания отделения медицинской реабилитации явились бывшие отделения лечебной физкультуры и физиотерапевтического лечения. На должность заведующей отделения назначена врач-физиотерапевт П.Н.Харланчук и старшей медицинской сестрой Я.И. Тявловская. В последнее время руководит отделением Н.Л.Майорова. В отделении оборудованы кабинеты электрофореза, све-

толечения, ультразвуковой и лазерной терапии, УВЧ, СВЧ, ингаляций, массажа, лечебной физкультуры.

На базе поликлиники размещается клинико-диагностическое консультативное отделение для оказания помощи и консультаций работникам железнодорожного транспорта. Основоположником его организации был начальник врачебно-санитарной службы В.Н. Денисюк. Отделение возглавил врач-кардиолог первой категории В.С. Лапицкий. На должность гематолога приглашена кандидат медицинских наук И.Ф. Калинина, пульмонолог – кандидат медицинских наук М.И. Некрасова, нефролог – А.И. Данилова, гастроэнтеролог - врач В.И. Шоцкая. Неврологическую помощь оказывали врачи неврологи М.В. Сухорукова, Е.М. Баженова. Эндокринологическую помощь в поликлинике и по железной дороге обеспечивали врачи-эндокринологи З.П. Автушко, О.Е. Лебедева. Психиатрическую службу возглавлял В.Е. Гуляев, психотерапевтическую – Л.Т. Зеликов, И.Г. Длужневский, наркологическую – Б.С. Клебанов, А.А. Абасова. Врачами-дерматологами работали: Н.Г. Назарова, И.Н. Макарова, инфекционистом В.Ф. Молчан, аллергологом-пульмонологом О.И. Березкина.

Организуется работа хирургической службы. Открыты и хорошо оснащены кабинета приема у хирурга, онколога, травматолога, уролога, окулиста и отоларинголога. Много сил и энергии отдали организации хирургической службы Н.И. Михайлова, И.А. Янушко, В.В. Бакановский, И.В. Остроумова, С.И. Ионко, медицинские сестры Н.И. Тарлецкая, Е.И. Якубовская, Н.Н. Таболич.

В клинико-диагностической лаборатории, оснащенной новейшим оборудованием, проводится весь объем клинических, биохимических, бактериологических обследований. Создается лаборатория гормональных исследований. В коллективе лаборатории трудятся высококвалифицированные специалисты: Н.А. Шичко, Г.О. Дедович, фельдшеры-лаборанты: Е.А. Солодкова, Л.К. Ждан, Е.А. Евсаева, врачи: М.В. Пояркова, Т.К. Чурай. Постоянно расширяется объем исследований, применяются программы для диагностики заболеваний щитовидной железы, различных форм диабета. Гормональная лаборатория оказывает значительную помощь в диагностике заболеваний почек, выявлении факторов риска в возникновении злокачественных заболеваний, пренатальной патологии.

Совершенствуются функциональные и инструментальные методы исследования. В кабинетах функциональной диагностики производятся ЭКГ, электроэнцефалография, велоэргометрия, эхокардиография. Работу кабинета возглавляет опытный врач И.Л. Сухарева.

В 1992 г. открыт кабинет эндоскопических исследований. Его работой руководит врач-эндоскопист Н.П. Владысик. В кабинете проводится гастроскопия, ректороманоскопия.

Кабинет ультразвуковой диагностики стал базой подготовки врачей Белорусской железной дороги. Здесь работает и возглавляет данной отделение по сегодняшний день И.В.Шиманский.

Создана единая система рентгенологической и флюорографической службы. В кабинетах работают опытные врачи; Н.И.Суховерко, Т.И.Жура, рентгенлаборанты Г.С.Черемисова, В.В.Стельмах, Р.И.Жизневская. С 2009 г. открыто отделение компьютерной томографии.

Нельзя не отметить работу старших медицинских сестер отделений, ветеранов труда Т.Ф.Пенину, З.С.Чигрину, В.И.Пошва, медицинскую сестру доврачебного кабинета В.С.Черкасову, медицинскую сестру врачебно-экспертной комиссии М.П.Васильеву, медицинских сестер процедурного кабинета Р.Б.Дорошкевич, Е.Л.Мистратову.

С 2004 г. на дороге была начата работа по реорганизации здравоохранения в соответствии с приказом Начальника дороги №159Н.

Во исполнение Указа Президента Республики Беларусь от 19 апреля 2007г. «О безвозмездной передаче имущественных комплексов», решения Минского городского исполнительного комитета от 24.05.2007 г. №1165 «О приеме в коммунальную собственность г.Минска имущественного комплекса», с 29.06.2007 г. ЛПУ «Дорожная больница на станции Минск БЖД» передана в коммунальную собственность г.Минска и переименована в УЗ «11-я городская клиническая больница», а поликлинику в ГУЗ «Центральная поликлиника БЖД».

Реорганизация железнодорожной медицины продолжалась. В соответствии с распоряжением Президента Республики Беларусь от 01.11.2011 г. №279 «О безвозмездной передаче предприятий как имущественных комплексов Государственное учреждение здравоохранения «Центральная поликлиника Белорусской железной дороги» передана 05.12.2011 г. из республиканской собственности в собственность административно-территориальных единиц г.Минска. Согласно решения Минского городского комитета от 17.02.2012г.№515 «О переименовании государственного учреждения здравоохранения» и приказа комитета по здравоохранению от 24.02.2012 г. №110 «О переименовании учреждения ГУЗ «Центральная поликлиника Белорусской железной дороги» переименовано в учреждение здравоохранения «38-я городская поликлиника», на должность главного врача назначен Будревич Г.С. На базе поликлиники продолжается наблюдение тружеников магистрали которые непосредственно связаны с перевозочным процессом. В поликлинике для наблюдения трудоспособных железнодорожников в отдельную структуру выделено отделение безопасности движения, которое возглавляет врач кардиолог Малышкина М.Г, продолжает работу врачебно экспертная комиссия, где определяется профпригодность работающих. Кроме того в структуру поликлиники входит организованный 01.11.12г. Республиканский центр медицинского обеспечения безопасности движения и эксплу-

атации железнодорожного транспорта общего пользования. Руководит работой центра Тузина С.В. В функции данного центра входит: организационно - методическое руководство по вопросам медицинского обеспечения безопасности движения, проведение медицинского освидетельствования граждан в случаях обжалования решения ВЭК и в сложных экспертных случаях.

Сегодня УЗ «38-я поликлиника» - современное хорошо оснащенное лечебно-профилактическое учреждение. Ее возможности обеспечивают осуществление на уровне современных достижений науки и практики медицинскую помощь и лечение больных в широком диапазоне патологических состояний. Центральная поликлиника Белорусской железной дороги».

Буклаха А.М.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МИКРОБИОЛОГИИ В БЕЛАРУСИ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет» Гродно,
Беларусь*

Начальным этапом в развитии высшего медицинского образования в Беларуси была деятельность Гродненской медицинской академии. История ее возникновения связана с именами старосты гродненских королевских имений Антонием Тизенгаузом (1733-1785) и французского врача и натуралиста Жана Эммануэля Жилибера (1741-1814). Ж.Э. Жилибер был приглашен в Гродно в октябре 1775 г. для создания медицинской академии, в 1779 г. сообщалось о первом выпуске воспитанников школы. Через два года академия со всеми коллекциями была переведена в Вильно. В медицинской академии и произошло заложение основ фундаментальных исследований в области микробиологии, о чем свидетельствует факт проведения первого на территории Беларуси микроскопирования. Данный метод исследования был применен для распознавания вспышки у жителей Гродненщины некой «эпидемической язвы». Ж.Э. Жилибер наблюдал около сотни случаев заболевания. «Язва» вызывала зуд и разъедала мышцы ног до костей. Больные жаловались на сильные боли, бледнели и истощались. Пораженная часть тела приобретала фиолетовый оттенок. Причиной болезни население считало внедрение в тело «волосатика», т. е. личинки желудочного овода. Ж. Э. Жилибер рассматривал под микроскопом нити, которые вводил в раны. Ученый обнаруживал при этом на нитях мельчайшие тельца, или «исчадия ада». Следует отметить, что к середине XVIII в. мнение ученых о подобном происхождении болезней было весьма распространенным. Сегодня можно с уверенностью утверждать ошибочность данного мнения, что связано с невозможностью увидеть реальные микроорганизмы вследствие недостаточного увеличе-

ния в тогдашних микроскопах, а так же отсутствия методов окраски, позволявших их обнаружить. Таким образом, Ж.Э. Жилибер был первым врачом в Беларуси, применявшим микроскоп для медицинской диагностики [1].

В 20-е годы XIX века широкую известность получил врач К.И. Гибенталь благодаря своим действиям во время холерной эпидемии в Витебске. Медики того времени не знали сущности болезни, которая раньше не выходила за пределы своего природного очага в районе Ганга. Одни считали, что эпидемии вызывают специфические и размножающиеся начала, которые передаются от больного человека к здоровому через соприкосновение. Другие утверждали, что заразные болезни распространяются болезнетворными частицами, находящимися в воздухе. До открытия микроорганизмов оставались еще десятилетия. Однако К.И. Гибенталь уже тогда создал противохолерный комитет, по разработанному им плану «город был разделен на участки; к каждому из них был приставлен один надзиратель из местных жителей, и один врач. В каждом участке было по две больших телеги, возившие больных в лазареты и мертвых в ямы. Два служителя, одетые в одежду, пропитанную дегтем, находились при каждой телеге. «За пределами города были устроены две больницы; а так же были выкопаны ямы для погребения. По ночам трупы заливали в ямах раствором известки; а по их наполнении засыпали землей и обливали тем же раствором. К.И. Гибенталем было предписано жителям в каждой комнате ставить тарелки с хлорной водой. Дом, в котором заболел человек, оцеплялся стражами, а вход и выход в него были запрещены. Таким образом, рациональные мероприятия, предпринятые К.И. Гибенталем для ликвидации эпидемии холеры, привели к тому, что в Витебске из каждой ста заболевших умерло только 38, в то время как в Витебской губернии из ста погибало 62 человека [3].

Становление микробиологии в Беларуси в XX веке связано в первую очередь с именем Б.Я. Эльберта (1890-1963), который в 1923 г. в Белорусском государственном университете возглавил первую кафедру микробиологии, а так же явился одним из организаторов и первым директором Белорусского санитарно-бактериологического института. Под руководством ученого было налажено производство вакцин и иммунных сывороток, внедрена вакцинация против туберкулеза и дифтерии, установлена эндемичность для Беларуси заболеваний склеромой. Высоко плодотворная научная педагогическая и организаторская деятельность Б.Я. Эльберта была прервана его необоснованным арестом в 1931 г. и привлечением по делу микробиологов (в последующем судимость была снята). Б.Я. Эльберт совместно с саратовским ученым Н.Я. Гайским получили живую вакцину против туляремии, решив проблему профилактики туляремии, которая тогда входила в состав средств бактериологического оружия.

Достойное место в истории микробиологии занимает имя ученика Б.Я. Эльберта - С.И. Гельберга (1898-1992). С.И. Гельберг начал свою деятельность в Минском санитарно-бактериологическом институте, где под руководством Б.Я. Эльберта организовал выпуск оспенной вакцины. Самуил Иосифович освоил и наладил выпуск вакцин и сывороток. В 1925 г. ученому было поручено экспериментальное изучение вакцины БЦЖ, которое и определило дальнейшее направление деятельности ученого. Спустя четыре года данной вакциной был привит первый в Беларуси ребенок. С.И. Гельбергу принадлежит заслуга организации кафедры микробиологии в Гродненском медицинском институте [2].

Еще одним талантливым учеником Б.Я. Эльберта был А.П. Красильников (1918 - 1998), который принял заведование кафедрой из рук своего учителя. Научная деятельность А.П. Красильникова связана с проблемой склеромы и озы, как продолжение исследований, начатых Б.Я. Эльбертом. Ученый многократно выезжал в очаги заболеваний, обследуя больных и местных жителей, проводя многочисленные эксперименты на диких и лабораторных животных, всесторонне изучал источники и механизм передачи склеромной инфекции. В начале 70-х годов А. П. Красильниковым совместно с сотрудниками кафедры были развернуты исследования по изучению этиологии, эпидемиологии, экологии и эволюции внутрибольничных инфекций. Доказана изменчивость возбудителей, выдвинута концепция гетерогенности популяций возбудителей внутрибольничных инфекций, введено понятие "больничные эковары". Полученные результаты позволили усовершенствовать методы и средства диагностики, профилактики и лечения данной группы болезней. А. П. Красильников внес большой вклад в подготовку врачей, в развитие микробиологической науки, в борьбу с инфекционными болезнями в Беларуси, создал целую школу микробиологов, на протяжении 27 лет заведовал кафедрой микробиологии [6].

Основоположителем вирусологии в Беларуси является В.И. Вотяков (1921 - 2014). Работая в течение 50 лет в области вирусологии, эпидемиологии и химиотерапии вирусных инфекций и более 35 лет возглавляя Белорусский НИИ эпидемиологии и микробиологии, В.И. Вотяков внес значительный вклад в познание ряда инфекционных заболеваний. В послевоенные годы в Беларуси полыхали эпидемии многих инфекций. В.И. Вотяков принимал активное участие в изучении инфекционных заболеваний, чтобы выработать научно-обоснованные подходы к снижению заболеваемости дифтерией, сыпным тифом и болезнью Брилла, малярией, дизентерией, брюшным тифом и паратифами, коклюшем, бешенством, полиомиелитом. Работая в области борьбы с инфекциями, В.И. Вотяков всесторонне изучал клещевой энцефалит в Беларуси. Работа ученого по сравнительным исследованиям клещевого энцефалита на территории Беларуси и Дальнего Востока легли в основу гипотезы об эволюции вирусов клеще-

вого энцефалита, в результате которой в различных экосистемах на территории Евразии, сформировались генетические вирусные популяции, объединяющиеся в два вида - вирус Западного и вирус Восточного клещевого энцефалита. Данные, полученные в результате исследований, нашли применение в разработке вакцинно-сывороточных и диагностических препаратов для восточных и западных регионов СНГ.

В.И. Вотяковым впервые в Республике Беларусь была описана болезнь Крейтцфельдта-Якоба и выделены прионы. Из группы спонгиозоформных энцефалопатий впервые в мире описана новая болезнь - амиотрофический лейкоспонгиоз. Впервые опубликованы данные о связи прионовых инфекций с крупным рогатым скотом, задолго до развития крупной эпизоотии так называемого "бешенства" коров в Великобритании. Описана новая для Республики Беларусь геморрагическая лихорадка с вегето-вазореальным синдромом. На территории Беларуси В.И. Вотяковым был выделен ряд новых для республики вирусов, были проведены исследования по изучению патогенеза геморрагических лихорадок Ласса и Мачупо, а также созданию в отношении их диагностических и химиотерапевтических препаратов. Под руководством и при непосредственном участии В.И. Вотякова изучались природные очаги геморрагических лихорадок в Южной Америке и Африке. Значителен вклад В.И. Вотякова в Беларуси в создании такого направления научных исследований, как химиотерапия и химиопрофилактика вирусных инфекций. Под руководством ученого в БелНИИ эпидемиологии и микробиологии освоено выпуск целого ряда диагностических и медикаментозных средств [5].

Одним из крупнейших в стране специалистов в области микробиологии и медицинской иммунологии является Л.П. Титов. С 1988 по 2005 г. Л.П. Титов заведовал кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии Минского государственного медицинского института, с 1995 по 2009 г. возглавлял Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии Министерства здравоохранения. С 2009 г. – заведующий лабораторией клинической и экспериментальной микробиологии РНПЦ ЭМ. Его научные исследования посвящены биологии и молекулярной генетике патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, клеточно-молекулярным механизмам естественного противоинфекционного и противоопухолевого иммунитета, влиянию ионизирующего излучения на иммунную систему, разработке методов и препаратов для диагностики и профилактики инфекционных и иммунопатологических состояний. Л.П. Титову принадлежит инициатива создания иммунологической службы практического здравоохранения [4].

Благодаря научным достижениям микробиологов на современном этапе достигнуты определенные успехи в обуздании инфекционных эпидемий, а так же в развитии биотехнологии.

Литература

1. Грицкевич, В.П. С факелом Гиппократ: Из истории белорусской медицины / В.П. Грицкевич. – Минск: Наука и техника, 1987. – 271 с.
2. Жмакин, А.И. История становления и деятельности кафедры микробиологии / А.И. Жмакин, С.Б. Позняк, А.И. Сасимович // 40 лет Гродненскому государственному медицинскому институту (1958 – 1998): сборник материалов / П.В. Гарелик (глав. ред.), Е.М. Тищенко (ответ. ред.). – Гродно, 1998. – С. 42 – 44.
3. Мазепова, Д.В. Врач – новатор. Карл Иванович Гибенталь / Д.В. Мазепова, Ю.С. Небылицин // Новости хирургии. – 2008.- Том 16, № 4. – С. 2 – 7.
4. Махнач, Г. Охотник за микробами / Г. Махнач // Беларуская думка. – 2011. – №8. – С. 34-41.
5. Медицинские новости. – 2004. – №3. – С. 24-25.
6. Титов, Л. П. К 80-летию профессора А. П. Красильникова / Л.П. Титов, И. А. Израитель, И. А. Крылов // Медицинские новости. – 1998. – №2. – С. 64-67.

Быков Н.П.

РАЗВИТИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ФАРМАКОЛОГИИ УЧЕНЫМИ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ АКАДЕМИКА НИКОЛАЯ ПАВЛОВИЧА КРАВКОВА

*ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М.Сеченова, Москва, Россия*

В 2015 г. научная общественность и практические врачи отмечают 150-летие со дня рождения Николая Павловича Кравкова (1865-1924). Главными направлениями научной школы российской фармакологии, основанной на рубеже 19-20 вв. академиком Военно-медицинской академии (1914) членом-корреспондентом Российской Академии наук (1920) Н. П. Кравковым, были изучение жизненных процессов, поиски новых лекарственных веществ, средств симптоматической и патогенетической терапии. Своими фундаментальными открытиями в этой области Н.П.Кравков обогатил русскую и мировую науку, внес большой вклад в развитие биологии, физиологии и патологии. Он являлся основателем ряда разделов фармакологии, в частности, сравнительной эволюционной фармакологии патологических процессов, основоположником отечественной промышленной и военной токсикологии. Особенно важную роль сыграл в развитии клинической фармакологии, которая во многом благодаря ему сформировалась как наука. Н.П.Кравков исследовал зависимость фармакологического эффекта от дозы и концентрации лекарственного вещества, создал учение о физиологическом действии лекарств, усовершенствовал метод эксперимента на изолированных органах.

Ученик и последователь Н.П.Кравкова, воспитавшего большую плеяду крупных ученых-фармакологов, - Михаил Петрович Николаев

(1893-1949), доктор медицинских наук (1935) профессор (1931) член-корреспондент АМН (1945), один из ведущих отечественных фармакологов 30-40-х гг. Его основные научные исследования относились к области экспериментальной, патологической и фармацевтической фармакологии. Развивая зародившуюся в лаборатории Н.П.Кравкова в 20-30-х гг. 20 в. экспериментальную вивисекционную фармакологию, М.П.Николаев разработал особое направление фармакологии, занимающееся изучением действия лекарственных веществ в условиях экспериментального моделирования патологического состояния организма, названное им в 1940-1947 гг. патологической фармакологией. Рождение этого направления фармакологии открыло возможность сопряженных исследований в области экспериментальной фармакотерапии и клинической фармакологии. М.П.Николаев изучал действие лекарств на экспериментальных моделях миокардита, кардиосклероза, холестерина атеросклероза, различных форм гипертонии, угнетения центральной нервной системы наркотическими и анальгетическими средствами, измененного содержания в организме витаминов и гормонов, автор ценных исследований, посвященных вопросам фармакологии эндокринных препаратов. Разработал, в частности, метод перфузии изолированного яичника. Изучил закономерности реагирования сосудов изолированных желез внутренней секреции на различные вещества, установил, что ряд широко применявшихся препаратов лишены гормональных свойств и не могут применяться в качестве средств заместительной терапии. Предложив оригинальный метод изучения прямого и рефлекторного действия различных веществ на сосудодвигательный центр, показал угнетающее действие нитроглицерина на него. Доказал зависимость действия лекарственных средств, влияющих на сердечно-сосудистую систему, не только от реактивности рецепторных образований, но и от состояния центральной нервной системы. М.П. Николаев показал, что в условиях патологического процесса организм количественно и качественно реагирует на лекарственные вещества. Обнаружил, что при некоторых патологических процессах происходит ослабление адаптационно-трофического влияния центральной нервной системы (трофическая денервация), что приводит к сенсibilизации организма к фармакологическим агентам. Ряд работ М.П. Николаева посвящен вопросам количественной фармакологии. М.П. Николаев, начиная с 1923 г., сначала на кафедре фармакологии Военно-медицинской академии, затем в Ленинградском научно-исследовательском фармацевтическом институте разрабатывал новое фармацевтическое направление в фармакологии – создание методов сравнительной оценки лекарственных препаратов со стандартами. Оно отвечало практической необходимости оценки качества сырья и сроков хранения препаратов, актуальности научных исследований влияния технологических процессов, физического состояния лекарственных препаратов и различных добавок к ним на фармакологическую актив-

ность. Изучение фармакологии эндокринных желез, основанного на принципах количественной фармакологии, стало одним из направлений работы сотрудников кафедры фармакологии фармацевтического института, которую М.П.Николаев возглавлял с 1940 по 1946 г., новым и актуальным для фармации. Разработка научных основ биологической стандартизации фармацевтических препаратов и лекарственного сырья позволила автору выполнить сравнительную оценку активности однородных препаратов разного производства, заложив основы биофармации. Работы по биологическому контролю качества лекарств оказали существенную помощь в становлении фармацевтической промышленности, в разработке новых технологических методов производства, явились основой для организации службы биологического контроля в области лекарственного дела.

Внесший выдающийся вклад в мировую фармакологию, ближайший ученик и последователь Н.П. Кравкова академик АМН СССР (1952) Василий Васильевич Закусов (1903-1986) начал научную работу, будучи слушателем Военно-медицинской академии РККА. В последующей научной работе в различных областях экспериментальной фармакологии и педагогической деятельности В.В. Закусов продолжил дело своего учителя. Главные направления исследований В.В. Закусова относятся к проблемам фармакологии нервной и сердечно-сосудистой систем. Значительное место в работах занимают исследования в области фармакологии дыхания (цикл работ 1933-1934 гг.) и мочеотделения (1935, 1943 гг.). Работы, выполненные В.В. Закусовым в раннем периоде (20-е-40-е гг.), явились одним из первых исследований с применением биохимических методов изучения механизма действия фармакологических веществ на сердечную мышцу. Начиная с 50-х гг., В.В. Закусов развивал направление исследований по проблемам фармакологии коронарного кровообращения, важнейшими сторонами которого было изучение зависимости между химическим строением и фармакологическим действием химических соединений, расширение методических подходов в фармакологических исследованиях, учитывающих последние достижения физиологии и биохимии. Полученные в 1950-х-1960-х гг. в этой области данные, позволили В.В.Закусову разработать новую классификацию фармакологических средств, воздействующих на коронарное кровообращение и наметить рациональные пути применения коронарорасширяющих веществ. Главные проблемы, над которыми работали в 60-х гг. под руководством В.В.Закусова сотрудники им организованного Института фармакологии (в 1954 г. Институт фармакологии и химиотерапии), относились к фармакологии нервной системы. Выполненные по инициативе В.В. Закусова и его активном участии, комплексные исследования, включающие поиск путей получения новых соединений, их фармакологического изучения и клинического исследования, привели к внедрению в медицинскую практику лекарственных средств различных фармакотерапевтических групп, в том числе нейрорепрессивных, антидепрессивных, наркотических, противосудо-

рожных, курареподобных, ганглиоблокирующих. Эти исследования развили результаты серии работ, выполненных В.В. Закусовым в предшествующие годы. В.В. Закусов явился одним из пионеров в исследовании роли интерорецепции в механизме действия ядов (публикации, начиная с 1938 г.), разработал новые методы для прецизионного исследования нарушения функций центральной нервной системы.

Академик АМН СССР Сергей Викторович Аничков (1892-1981) познакомился с Н.П. Кравковым в 1911г., с 1919 по 1922 г. работал на его кафедре ассистентом. С начала своей научной деятельности занимался вопросами фармакологии нервной и сердечно-сосудистой систем. В 1924 г. С.В. Аничков возглавил кафедру фармакологии ВМА. В начале 1930-х гг. работал над проблемами военной токсикологии. Впервые начал систематическое изучение действия ядов на химические рецепторы кровеносной системы. В 1948 г. возглавил отдел фармакологии Института экспериментальной медицины. Проблемам нейрофармакологии посвятил все последующие основные труды. Изучал фармакологическую чувствительность центральной нервной системы, разработал методику сократительной деятельности сосудов на примере пальцев, под его руководством выполнены поиск и введены в практику ряд новых лекарственных препаратов.

Принцип экспериментальных исследований в фармакологии, заложенный Н.П. Кравковым, получил развитие в традициях научных школ, основанных его учениками.

Вальчук Э.А.

О СОСТОЯНИИ БОЛЬНИЧНОГО ДЕЛА В ГРОДНЕНСКОЙ ГУБЕРНИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

К 1890г. население Гродненской губернии составляло 1 483 518 человек, мужчин – 51,4 %, женщин – 48,6 %. Демографические процессы в этот период характеризовались высокими уровнями рождаемости и смертности, соответственно 41,1 и 28,3 на 1000 населения, высоким естественным приростом – 12,8 на 1000 населения с частой сменой поколений. Высокой смертностью сопровождалась эпидемические заболевания, повсеместно распространенные тифы, кровавый понос, натуральная оспа, перемежающаяся лихорадка, скарлатина, дифтерия, корь, туберкулез, периодические эпидемии холеры, венерические болезни (сифилис), из эпизоотических болезней часто появлялась сибирская язва и др.

Больничная помощь после реформы 1861г. претерпела определенные изменения, но по-прежнему оставалась ограниченной для большинства населения. После реформы почти все больницы в помещичьих име-

ниях были закрыты, врачи уволены, в 80-90гг. была организована сельская врачебная часть, в уездах были открыты участковые больницы и приемные покои при фельдшерских пунктах.

В 1877г. в губернии было 69 врачей: служащих – 43, военных – 20; фельдшеров - 143 (при больницах - 13, при уездных врачах – 18, сельских – 93, вольнопрактикующих – 50); повивальных бабок – 59 (уездных – 9, сельских – 27, вольнопрактикующих – 21).

В губернии функционировало 545 коек, одна койка приходилась на 2 245 жителей. В структуре госпитализированных в больницы губернии 9,8 % составляли венерические больные (сифилис), тиф – 6,2 %, перемежающаяся лихорадка - 3,5 %, воспаления легких и плевры – 3,2%, острые простудные заболевания – 2,1 % и др.

В г. Гродно в 1877г. была окружная больница с отделением для хронических больных на 100 коек, отделением для умалишенных на 30 коек и 6 родильных коек, при Гродненском тюремном замке больница на 10 коек, находящаяся в ведении губернского Попечительского тюремного комитета.

«Имущие гражданские лица» госпитализировались «за установленную плату», бедные – бесплатно. В этом же году Гродненским управлением Общества попечения о раненых и больных военных был открыт лазарет на 40 коек при Гродненской окружной лечебнице «для пользования раненых и больных на все время войны». Кроме этого был открыт лазарет «для пользования раненых» на 100 коек при городской казарме. В большинстве своем больницы находились в наемных помещениях, общее представление о санитарно-техническом состоянии больниц можно составить по Бельской городской больнице на 15 коек, находящейся в ведении Гродненского Приказа общественного призрения. В отчете за 1883г. отмечено, что в Бельскую больницу венерические больные согласно циркуляру МВД принимались бесплатно, остальные за плату 8 руб. 60 коп. в месяц. Плату за лечение вносил либо сам больной, при его несостоятельности – общество, к которому он был приписан. Таким образом, в уездные больницы Приказа общественного призрения поступало ограниченное число больных. Большинство из них «вынуждены отдаваться произволу судьбы, потому что ни пригласить к себе врача на деревню, ни купить положенные лекарства они зачастую не могут по недостатку на это средств». В связи с этим в больницу поступали тяжелые больные, летальность в них была высокая. Имелись больничная аптека, цейхауз, контора. Здание состояло из трех флигелей, из которых в одном находилось женское отделение и больничная кухня, в другом жили фельдшер и смотритель, также был приемный покой, в третьем – баня и прачечная. В мужском отделении было 5 палат, в женском – 3. Выгребных и помойных ям при больнице не было. Вода из колодца плохая. В больнице холодно, туалеты не благоустроены, холодные, вонь. Медики сами заготавливали ле-

карства за счет сумм, выделяемых Приказом. Хирургического инструментария было недостаточно, кроме набора для вскрытия трупов.

Следует отметить некоторую положительную динамику обеспеченности больничной помощью населения губернии к концу XIX века. К 1890г в губернии функционировало 86 больниц на 779 коек, одна койка в среднем приходилась на 1909 жителей, обеспеченность койками составляла 5,2 койки на 10 000 жителей. В ведении Приказа общественного призрения находилось 9 больниц: Гродненская окружная больница; городские – Сокольская, Белостокская, Бельская, Брестская, Кобринская, Пружанская, Слонимская и Волковысская на 282 койки; 8 тюремных больниц на 72 койки; 17 сельских лечебниц на 102 койки; 11 еврейских больниц на 234 койки; 3 больницы при учебных заведениях на 39 коек; 2 больницы частных лиц на 14 коек; 36 врачебных приемных покоев на 36 коек. Больниц при фабриках и заводах не было.

В г. Гродно по-прежнему функционировала окружная больница на 100 коек, при ней отделение для умалишенных на 30 коек и 6 родильных коек, тюремная на 20 коек, еврейская на 60 коек, гинекологическая лекаря Хазана на 2 койки, всего 218 коек. В Гродненском уезде были 3 больницы: Скидельская на 6 коек, Кринская на 6 коек и Кринская еврейская на 6 коек. В некоторых городах и уездах были частные больницы. В Брест-Литовском уезде - больница для крестьян графини Потоцкой в имении Высоко-Литовском на 12 коек, в Белостоке при институте благородных девиц на 15 коек, в Слонимском уезде Жировицкая при духовном училище на 15 коек, в Волковыске при Свислочском училище – семинарии – на 9 коек.

О состоянии больничного дела в конце XIX века можно судить по отчетам врачебного отделения Гродненского губернского правления. Так, в городе Слоним в 1896г. проживало 23 372 жителя, рождаемость составляла 21,2, смертность – 16,9 на 1 000 жителей, до 5 лет умерло 44,2%. В городе были 3 больницы и военный лазарет. Городская больница помещалась в наемном доме на 25 коек, 19 мужских и 6 женских, состояла из двух флигелей, при которых была кухня, прачечная, баня, квартира для фельдшера, холодные постройки для цейхауза, вещей и морг. При больнице был небольшой садик, во дворе колодец. Мужских палат 6, женских – две, помещения были холодноватыми и сыроватыми. При женском отделении помещалась контора аптека и приемный покой. Отхожие места были удовлетворительные, вентиляция проводилась оконными форточками. Отопление печное, освещение – керосиновые лампы. Продукты были доброкачественные. Приказ общественного призрения поставлял одежду и белье также доброкачественные. Лекарства для гражданских больных поставлялись из вольной аптеки, в больнице ощущался их постоянный недостаток из-за высокой стоимости. Для военных лекарства высылались

по каталогам из Варшавского аптечного склада, их также было недостаточно из-за высокой цены. Заведовал больницей городской врач.

Кобринская больница на 24 койки размещалась в бывшей почтовой станции, находилась на расстоянии около 1,5 версты от города, здание каменное. Больные размещались в двух отделениях, в мужском отделении 6 палат, в женском – 5. Размещение больных удобное, была аптека, контора, кухня, баня, анатомический покой, отхожие места и пр. В больнице работали врач, смотритель, 2 фельдшера, Лекарства для гражданских поставлялись из Кобринской вольной аптеки. Изготовлением их занимался под наблюдением врача фельдшер, для военных - доставлялись из Варшавского аптечного магазина. Кобринская больница крайне нуждалась в хирургическом инструментарии, в течение года в больнице находились на лечении 208 больных, средняя длительность пребывания составляла 45,5 дня, летальность – 6,2%. На лечении находились в течение года 13,% с брюшным тифом, болезнями женских половых органов - 6,9%, крупозным воспалением легких - 6,2%, прочими болезнями органов дыхания - 4,8%, воспалением плевры - 4, 1% и др. В некоторых больницах до 60-80% составляли больные сифилисом.

Таким образом, отчеты подтверждают, что больницы с момента своего основания оставались маломощными плохо оснащенными учреждениями, больничная помощь в губернии оставалась ограниченной для большинства населения. Если в начальный период становления больничной помощи деятельность Приказов общественного призрения носила прогрессивный характер, то к концу века Врачебное отделение губернского правления отмечало, что Приказ общественного призрения «более тормозит больничное дело, чем способствует его правильной постановке». Положительным явлением в развитии больничной помощи было становление специализация ее по инфекционным и венерическим болезням, терапии и хирургии, женским болезням и родовспоможению.

Василенко В.В.

ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ И БОРЬБА С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ЗАПАДНОМ ФРОНТЕ В 1915 – 1917 ГГ.

*УО «Климовичский государственный аграрный колледж»,
Климовичи, Беларусь*

Во время Первой мировой войны на не боевые потери в русской армии пришлось много умерших от различных заболеваний. В условиях позиционной войны, когда солдаты и офицеры днями находились в окопах, поддерживать чистоту и личную гигиену было сложно. Отсюда распространение инфекционных заболеваний и смертность. Поэтому от санитар-

но-медицинских мероприятий, проводимых в войсках, во многом зависело здоровье солдат и офицеров. Важно было наладить медицинское обследование и выявление инфекционных больных, их изоляцию, эвакуацию и лечение. Также следовало провести в войсках вакцинацию. Проблемы в организации противоэпидемических мероприятий на фронте появились в первые месяцы войны. Военное ведомство не справлялось с этой работой. На помощь пришли созданные летом 1914 г. общественные организации – Всероссийский земский союз (ВЗС) и Всероссийский союз городов (ВСГ).

Одним из важнейших мероприятий была вакцинация армии на фронте. Санитарно-медицинский отдел Земсоюза, медицинские работники союза, работники Союза городов, понимая всю необходимость предохранения войск от инфекций, неоднократно поднимали вопрос о проведении вакцинации в армии и среди местного населения. По инициативе ВЗС состоялись совещания медицинских представителей Земсоюза и Союза городов в Москве 29 апреля и 1 мая 1915 г. Было принято решение о проведении прививок в армии, в тылу и среди местного населения. Совещания также состоялись весной-летом в Минск и Варшаве. В Киеве 6 – 7 августа на совещании санитарно-медицинских работников решено было возложить работу по вакцинации на Военно-санитарное ведомство и привлечь Красный Крест, Земсоюз и Союз городов, а также другие организации, работающие на фронте. 11 октября 1915 г. состоялось совещание в Смоленске, созванное по инициативе Комитета Западного фронта ВЗС. На нём рассматривались вопросы о предохранительных прививках против брюшного тифа и холеры. Было решено проводить на фронте двукратную прививку, а в тылу трёхкратную с промежутком 5 – 7 дней. Организация прививок в армии возлагалась на специальные прививочные комиссии при Начальнике Санитарной части армий фронта, санитарные отделы штабов армий, а в тылу на комиссии при окружных военно-санитарных управлениях. 13 октября 1915 г. была учреждена Центральная прививочная комиссия. В её состав вошли: Т.С. Гюббенет – председатель, члены – приват-доцент Караффа-Корбут, доктор Подлевский, профессор Недригайлов от Красного Креста, профессор Тарасевич и доктор Морджевский от ВЗС, врач и специалист по бактериологии от ВСГ [1, с. 58-59].

Прививочная компания была начата незамедлительно. Были созданы прививочные отряды. Для этого были мобилизованы все силы фронтовых организаций, так как численность армий фронта вместе с тыловыми учреждениями и запасными частями составляла несколько миллионов человек. Было подготовлено огромное число вакцин. Работа велась быстро и энергично. Данные, приведённые в «Отчёте о деятельности медицинской организации Комитета Западного Фронта Всероссийского земского союза за октябрь, ноябрь, декабрь 1915 г.», свидетельствуют, что с 8 октября 1915 г. по 15 января 1916 г. прививочными и противоэпидемическими от-

рядами было сделано 709362 прививки от холеры и брюшного тифа [1, с. 66]. И это только за три месяца работы. Всего за период с осени 1915 г. по лето 1917 г. санитарными организациями ВЗС на Западном фронте было сделано 4815776 прививок. От этого числа 51% это прививки против тифа, 33,1% – против холеры, против оспы – 10,8% прививок. Повторно было ревакцинировано 4,6% прививок. 96,3% всех прививок было сделано солдатам, а остальные 3,7% прививок были сделаны гражданскому населению [2, с. 39-40].

Союзом городов при Гомельском распределительном пункте была открыта прививочная станция. Она начала работать 17 октября 1915 г. Первоначально прививки делались проходящим через распределительный пункт военным. А затем и военным частям, расположенным как в Гомеле, так и в его окрестностях. Сначала делалась только прививка против тифа. С 22 февраля 1916 г. была введена комбинированная вакцинация против брюшного тифа и холеры. На всех привитых велись регистрационные записи и карточки прививок. На станции работали 2 врача, фельдшер-студент, 5 сестёр милосердия, 8 писцов, 4 санитаров из нижних чинов и 4 нижних чина. Прививочная станция работала с 10 ч. утра до 5 ч. вечера. Летом с 9 ч. утра до 8 ч. вечера. Пропускная способность станции составляла 200 человек в час. В среднем за день получали прививку 500 человек. Но в отдельные дни число прививаемых доходило до 900-1000 человек. Всего за период работы станции с 17 октября 1915 г. по 31 декабря 1916 г. было сделано 310774 прививки. Против брюшного тифа – 170785 прививок, холеры – 139989 прививок [3, с. 20-23].

Санитарно-медицинской и противоэпидемической работой на фронте руководили фронтовые комитеты ВЗС и ВСГ.

Большую роль в борьбе с эпидемиями на фронте сыграли дезинфекционные отряды фронтового комитета ВЗС, которые занимались дезинфекцией одежды и помещений. В январе 1916 г. на Западном фронте действовало 22 дезинфекционных отряда, в июне – 63, в январе 1917 – 48, в июне – 62. За полтора года работы дезинфекционными отрядами было сделано 89264 дезинфекций вещей, 33895 дезинфекций простых помещений и 42208 жилых помещений [2, с. 41-42]. Лаборатории Земсоюза проводили на территории расположения армии и в тылу исследования источников водоснабжения, продуктов, делали анализы крови и других выделений больных. При постоянном передвижении войск химико-бактериологические лаборатории не могли организовать должную работу. Когда осенью 1915 г. фронт стабилизировался, лаборатории стали размещаться в районах дислокации войсковых соединений. В январе 1916 г. лаборатории работали в I, II, III, X армиях, а также немного позже открылись в районе IV армии, в Минске, Смоленске, Витебске, Орше, Бобруйске, Полоцке, Гомеле [1, с. 50]. В 1915 – 1917 гг. на Западном фронте по-

стоянно работали 12 – 14 лабораторий. Всего ими было сделано 54641 исследование [2, с. 42].

Союз городов на фронте также проводил работу по борьбе с инфекционными заболеваниями. Она осуществлялась под руководством Врачебно-санитарной части фронтового комитета.

В октябре-декабре 1915 г. комитет проводил работу в местах проживания населения, где появлялись заболевания брюшного и возвратного тифа. Там работали передовые врачебные отряды, командированные врачи, а также открывались медицинские учреждения. В декабре, когда в расположении одной из армий возник брюшной тиф, то там незамедлительно были открыты амбулатории, больницы, питательные пункты, чайные, проводились работы по улучшению водоснабжения. В начале 1916 г. Санитарным отделом комитета фронта было проведено совещание, на котором присутствовали представители от Военного ведомства и различных медицинских организаций фронта. Был разработан план. Согласно плану организации должны были устраивать изоляционные койки в медицинских учреждениях, устраивать бани и организовывать дезинфекционные отряды. На совещании у Начальника санитарной части фронта был разработан и принят план. По нему следовало, что в расположении каждой дивизии должен работать 1 эпидемический отряд. Союзу городов было поручено сформировать 30 таких отрядов [4, л. 111].

Работа Комитета Западного фронта ВСГ за год по борьбе с инфекционными заболеваниями выражается цифрами: открыто 7 заразных больниц на 840 коек, организовано 16 дезинфекционных отрядов, 26 эпидемических отрядов с 2130 оборудованными койками, открыто 37 дезинфекционных пунктов при больницах и отрядах, прививочная станция. Было устроено около 300 бань, 190 дезинфекционных камер и 84 прачечных [4, л. 112].

Ещё одним важным направлением работы на фронте была борьба с венерическими заболеваниями. Широкой деятельности в этом вопросе ВЗС и ВСГ не развили. Были свои трудности. Из сообщения доктора В.А. Раевского на заседании Врачебного совета Союза городов следовало, что на Западном фронте удалось открыть лишь лазарет для венерически больных женщин в Минске на 30 коек. Одна из причин, по словам В.А. Раевского, из-за которой возникли трудности в организации помощи венерическим больным, это – не желание Военного ведомства выделять средства и отказ Главного начальника снабжения армий оказывать помощь [5, с. 9, 12]. О деятельности Земсоюза в этом направлении на Западном фронте мало данных. В «Вестнике» Комитета Западного фронта ВЗС от 3 июля 1916 г. была помещена информация о том, что в Бобруйске с 1 июля работает лечебница для венерических больных [6, с. 3]. Другая какая-либо информация отсутствует. Таким образом, работа союзов в этом направлении не была широкомасштабной и не очень успешной.

Подводя итог, следует сказать, что противоэпидемические мероприятия сыграли большую роль в защите армии от инфекционных заболеваний. Не последнее место в организации этих мероприятий на фронте сыграли общественные организации ВЗС и ВСГ. Работа их учреждений и служащих предохранили армию от заболеваний и распространения эпидемий и минимизировали не боевые потери среди личного состава.

Литература:

1. Отчёт о деятельности медицинских организаций Комитета западного фронта Всероссийского Земского союза за октябрь, ноябрь и декабрь 1915 г. – М., 1916. – 77 с.

2. Краткий обзор деятельности Всероссийского земского союза на Западном фронте 1915 – 1917 гг. – М., 1918. – 228 с.

3. Аристова, В.Г. Прививочная Станция при Гомельском Распределительном пункте / В.Г. Аристова // Известия Комитета Западного фронта Всероссийского союза городов. – 1917. – №5. – С. 20 – 26.

4. Дело о проведении санитарных мероприятий на фронте // Национальный исторический архив Беларуси (НИАБ). – Фонд 2708. – Оп. 1. – Д. 63. – Л. 111 – 112.

5. Заседание врачебного Совета Всероссийского союза городов по вопросу о борьбе с венерическими заболеваниями // Листок сообщений [Всероссийский союз городов. Главный комитет. Отдел фронта]. – 1917. – №2. – С. 8 – 14.

6. В районных управлениях КЗФ // Вестник Комитета Западного фронта Всероссийского земского союза. – 1916. – 3 июля. – С. 3.

Васильев К.К., Мельниченко А.В.

В.В.ПОДВЫСОЦКИЙ (1857-1913) О ПРЕПОДАВАНИИ БАЛЬНЕОЛОГИИ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

11/23 – 16/28 декабря 1898 г. в Петербурге состоялся 1-й Всероссийский съезд по климатологии, гидрологии и бальнеологии, активное участие в работе которого принял профессор Владимир Валерьянович Подвысоцкий.

Первое торжественное общее собрание съезда собрало около двух с половиной тысяч человек, а в дальнейшей работе съезда приняло участие около 430 членов. Было представлено полутора десятка докладов, из которых было возможным заслушать 46. [1]

В результате баллотировки одним из шести товарищей (заместителей) председателя съезда был избран проф. Подвысоцкий, что указывало на большой авторитет, которым пользовался он среди врачебной общности.

Правление съезда своевременно наметило программу.[2] Правление, выдвигая на первый план, так называемые намеченные вопросы, исходило из того положения, что доклады, составленные по заранее запланированной программе, представят основной материал для работы съезда и, таким образом, в большей или меньшей степени обеспечат успех его. В программу съезда вошел перечень вопросов из 16 пунктов. Одним из программных вопросов был следующий: о преподавании бальнеологии в широком смысле, как самостоятельного предмета и учреждение особой для этого кафедры в университетах и Военно-медицинской академии. Правление съезда предложило проф. Подвысоцкому представить сообщение по этому программному вопросу, что и было им сделано.

На утреннем заседании 13/25 декабря В.В.Подвысоцкий выступил с докладом «Фармакотерапия и физиотерапия в связи с вопросом о преподавании бальнеологии, как самостоятельного предмета и об учреждении особой для этого кафедры в университетах и Военно-медицинской академии» [3, 4].

Он выделил два направления в науке лечения болезней: фармакотерапия (лечение средствами растительного, животного и минерального царства) и физиотерапия (физические агенты в лечении болезней – вода, воздух, «солнечный свет» и др.). В своем сообщении профессор говорил о преподавании бальнеологии как части физиотерапии.

К XIX в. проф. Подвысоцкий относит возникновение научной гидротерапии с бальнеологией. В это время стали использовать и целительное действие горного воздуха, что способствовало развитию аэротерапии и климатотерапии. Появляются новые области физиотерапии (не говоря об относительно старой электротерапии) механотерапия, криотерапия (лечение холодом), фототерапия (светолечение).

Физические агенты в наилучшей степени удовлетворяют, по мнению В.В. Подвысоцкого, идеалу физиологической терапии – достигать эффекта на различные функции организма без отравления его чуждыми его составу веществами.

Между тем систематическое преподавание бальнеологии с гидротерапией в тогдашних вузах отсутствовало.

В XVII и XVIII столетиях после открытия в минеральной воде различных солей, начали ценить эти воды уже как носителей этих солей, то есть ввели минеральные воды в ряд фармакологических агентов. Таким образом, учение о минеральных водах входило в состав учения о лекарственных веществах. В расписании университетского преподавания на медицинских факультетах в то время значился предмет «фармакология с рецептурой, токсикологией и учением о минеральных водах». Однако все университетское требование знание бальнеологии от изучающих медицину сводилось в большинстве случаев только к знанию состава той или

иной воды и к знанию её действия, поскольку в ней содержится известная группа солей, как фармакотерапевтических агентов. Вот и все.

На фармакологию полагалось шесть часов в неделю в течение двух семестров, чтобы обнять и сообщить слушателям хотя бы главное, что входило в содержание тогдашней официальной фармакологии, а, между тем, по мнению профессора, в этом «главном» было столько ненужного балласта, такое нагромождение различных частных, что изучение его являлось в значительной степени бесплодным, напрасно отягчающим память, силы и время студентов-медиков.

По мнению докладчика, бальнеология, как основное, наиболее изученное ядро всей физиотерапии, могло быть введено в число систематически преподающихся, и при том обязательных предметов на медицинском факультете только при условии одновременного сокращения размеров университетского курса фармакологии; а это последнее мыслимо было только после пересмотра и сокращения программ по фармакологии на семестровом и окончательном испытании, в смысле редуцирования их и в смысле удаления из этих программ массы лекарственных веществ, совершенно не употребляющихся в терапии, составляющих наследие старого времени и обременяющих понапрасну память учащихся. Ввести же преподавания бальнеологии с физиотерапией, как обязательного предмета, не уменьшая часов, полагающихся в то время на фармакологию, потому уже было невозможно, что число часов в неделю, полагающихся тогда на обязательные предметы для студентов 2 и 3 курсов, уже достигло максимума, дальнейшее увеличение их было невозможно и непозволительно в виду переутомления учащихся.

Поэтому, по мысли проф. Подвысоцкого, теоретический курс фармакологии должен для этого быть редуцирован с шестичасового на четырехчасовой. Освобождающихся таким образом два часа на 3-ем курсе медицинского факультета могли бы быть уделены теоретическому изложению бальнеологии с основами физиотерапии.

В содержание теоретического курса бальнеологии, считал В.В.Подвысоцкий, должно было войти ознакомление слушателей со способами действия на различные функции организма различной температуры вод, как чисто физического агента. Далее, подробное изложение действия снаружи и внутри воды минеральной, в зависимости от химического её состава и плотности и, наконец, ознакомление с главными основами той части гидрологии, которая касается условий образования минеральных вод, ключей, лиманов и грязей, условий сохранения постоянства минеральных вод, то есть вообще с той частью гидрологии, которая составляет монополию одних только геологов, гидрологов и инженеров. Конечно, не могло быть и речи о полном знании медиками гидрологии со всею её техникою; но ознакомление с основными данными, касающимися способа происхождения, каптажа и охранения водных минеральных источни-

ков настолько же необходимо врачу, насколько необходимо ему знание основных сведений по фармакогнозии и фармации, то есть сведений касательно способов получения и охранения чистоты употребляющихся врачом фармакологических агентов. И, понятно, что в круг преподавания бальнеологии в отечественных университетах должно было войти ознакомление наиболее подробно с российскими минеральными водами.

Однако, так как одного теоретического преподавания этих предметов недостаточно, и так как изучающий медицину должен вынести из университета основы гидротерапевтической и вообще физиотерапевтической методики, с умением приложить его у кровати больного, поэтому, говорил Подвысоцкий, кроме теоретического курса, необходимым является устройство научно обставленного гидропатического и вообще физиотерапевтического клинического отделения, занятия в котором должны входить в круг обязательных клинических занятий студентов.

Такое отделение, по мысли В.В. Подвысоцкого, должно быть находиться в заведывании профессора бальнеологии и физиотерапии и его удобнее всего приурочить к так называемым госпитальным клиникам, посещаемым студентами пятого курса (тогдашний полный курс медицинского факультета составлял 5 курсов или 10 семестров). При этом, в зависимости от богатства того или другого университета, от размера его специальных средств, и, кроме того, в зависимости от степени участия городских управлений в устройстве и в содержании такого физиотерапевтического и гидропатического, клинического отделения, величина его и самое богатство его научной обстановки могут значительно колебаться, причем она останется или обыкновенною, специально приспособленную клинику, или разрастется до размеров обширного клинического, физиотерапевтического института, где надут себе место способы лечения болезней помощью всевозможных физиотерапевтических агентов, то есть помощью воды, воздуха, холода, света, электричества и проч.

Введение систематического преподавания бальнеологии с физиотерапией не только повысит медицинское образование врачей, но оно имеет и общегосударственное значение – минеральные воды составляют крупную часть народного богатства, широкое и умелое пользование которым повышает государственный доход, быстро улучшает материальное благосостояние тех местностей, где сокрыто богатство, а примеров искать недалеко, примерами такими переполнена была Западная Европа.

В заключении В.В. Подвысоцкий обратил внимание, что легче и удобнее всего начать осуществление этой потребности в новом русском медицинском факультете в Одессе, тем более, что штаты этого нового факультета ещё не были утверждены, а одесское городское управление, столь чуткое к нуждам нового, создаваемого в ней научного храма, придет, несомненно, на помощь в этом деле. (В скобках отметим, что все же открытый в 1900 г. медицинский факультет в Одессе, деканом которого

стал проф. Подвысоцкий, не получил специальных штатов, а перечень кафедр на этом факультете определялся всероссийским университетским уставом 1884 г.).

В постановлении съезда было записано - «По вопросу о преподавании бальнеологии, как самостоятельного предмета (доклад проф. Подвысоцкого). Съезд, в заседании 13 декабря, постановил: ходатайствовать перед Правительством об учреждении самостоятельной кафедры по бальнеологии, климатологии и гидрологии с клиникой в связи с физическими методами лечения.» [5, с. LVIII] Как известно, это постановление съезда не было реализовано.

Итак, Владимир Валерьянович Подвысоцкий считал, что введение в круг тогдашнего университетского преподавания изучения бальнеологии в связи с другими отделами физиотерапии являлось насущной потребностью, естественно вытекающей из всей истории развития терапии.

Литература

1. Гальберштам М.М. Итоги деятельности съезда // М.М. Гальберштам, К.Э.Вагнер, В.О.Губерт, А.В.Чаушанский // Труды Высочайше утвержденного Первого всероссийского съезда деятелей по климатологии, гидрологии и бальнеологии. – СПб., 1899. – Т. 1. – С. LIX-LXIV. (Далее: Труды – Т.1)

2. Губерт В.О. История возникновения Съезда деятелей по климатологии, гидрологии и бальнеологии и подготовительная деятельность правления / В.О. Губерт // Труды. – Т. 1. – С. XLVI-LIII.

3. Подвысоцкий В.В. Фармакотерапия и физиотерапия в связи с вопросом о преподавании бальнеологии, как самостоятельного предмета и об учреждении особой для этого кафедры в университетах и Военно-медицинской академии /В.В. Подвысоцкий // Труды Высочайше утвержденного Первого всероссийского съезда деятелей по климатологии, гидрологии и бальнеологии. – СПб., 1900. – Т. 2. – С. 85-94.

4. Были опубликованы также тезисы сообщения В.В. Подвысоцкого: Дневник Высочайше утвержденного 1-го Всероссийского съезда деятелей по климатологии, гидрологии и бальнеологии. – 1898, 12 декабря. - № 2. – С. 20.

5. Постановления съезда // Труды. – Т. 1. – С. LVII-LIX.

Васильев К.К., Васильев Ю.К.

Г.В.ХЛОПИН (1863-1929) ОБ УЛУЧШЕНИИ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ (КУРОРТНЫХ) МЕСТНОСТЕЙ В СВЯЗИ С ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНОЙ

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина
Сумской государственный университет, Сумы, Украина*

7/20-24 января 1915 г. в Петрограде (ныне Петербург), в связи с начавшейся Первой мировой войной, состоялся Съезд по улучшению оте-

чественных лечебных местностей, активное участие в работе которого принял профессор-гигиенист Григорий Витальевич Хлопин.

В Империи до этого съезда прошли:

1-й Всероссийский съезд деятелей по климатологии, гидрологии и бальнеологии (декабрь 1898 г., Петербург);

2-й Всероссийский съезд деятелей по климатологии, гидрологии и бальнеологии в память Петра Великого (сентябрь 1903 г., Кавказские минеральные воды).

Таким образом, состоявшийся в января 1915 г. съезд был третьим всероссийским форумом собравший специалистов по отмеченным наукам, и он оказался последним в досоветский период нашей истории. [1, 2]

На съезде 1915 г. проф. Г.В. Хлопин выступил с докладом: «Общие мероприятия по улучшению санитарного состояния лечебных местностей».[3]

Он сказал, что великие народные бедствия, войны и грозные эпидемии при всех их ужасах часто служат могучим толчком на пути к дальнейшему культурному развитию народов и, в частности, к улучшению санитарных условий жизни, а последние являются наиболее важной частью материальной культуры человечества, так как касаются улучшения здоровья, украшения и удлинения жизни населения.

Великие отечественные войны, как переживаемая война, пробуждая национальное самосознание, делают необходимым критический пересмотр естественных богатств собственного отечества и требуют напряжения всех сил к возможному увеличению и использованию этих богатств и к освобождению их от внешних иноземных влияний. Такими мало использованными вещественными богатствами являются наши минеральные воды, лечебные грязи и другие лечебные агенты.

Особенно это актуально в связи с создавшейся вследствие войны невозможность для подданных Империи ехать на курорты враждующих с нами государств и в связи с необходимостью организовывать лечение для наших раненых воинов.

Г.В. Хлопин считал, что необходимо признать улучшение санитарных условий наших лечебных местностей делом, не терпящим отлагательства. Устройство и расширение территорий, принадлежащим лечебным заведениям, имеющим общественное значение, а также устройство и заселение окружающих лечебные местности пунктов в пределах установленной санитарной охраны должны производиться по выработанному плану, удовлетворяющему санитарным требованиям относительно величины усадебных мест, степени их застройки, устройства площадей, парков, жилых домов. Должны быть намечены места для будущих отчуждений, необходимых для развития курорта.

Устройство хорошего водоснабжения и канализации должно быть обязательно для лечебных местностей, ходатайствующих о признании за ними общественного значения. Необходимо скорейшее проведение в исполнение всех проектов устройства или улучшения водоснабжения и канализации на всех казенных курортах и ассигнование необходимых для этого средств из казны.

Для улучшения и увеличения числа помещений для публики, кроме расширения и устройства казенных гостиниц, желательно поощрять частное и общественное строительство, но, конечно, не в ущерб интересам казны.

Курзалы должны быть отнесены к необходимым дополнениям лечебных процедур и санитарного благоустройства курорта и поэтому не должны служить источником дохода для частных предпринимателей.

Для наблюдения за исполнением обязательных постановлений по санитарной части, для регистрации больных, для наблюдения за доброкачественностью пищевых продуктов и напитков, для принятия предупредительных мер против развития заразных болезней в эпидемии – в каждой лечебной местности, имеющей общественное значение, должен быть организован санитарный надзор в виде института санитарных врачей, и должна быть устроена санитарная лаборатория. Таким образом, необходимо соблюдать выработанный к тому времени жизненной практикой принцип полного отделения санитарных функций от лечебных, что предполагает не возложение обязанностей лечения на санитарных врачей и наоборот, так как от такого смешения получается или фиктивное лечение или фиктивный санитарный надзор.

Кроме того, для предупреждения развития заразных болезней, необходимо иметь на курортах больницы или отделения для заболевших инфекционными болезнями с дезинфекционной камерой.

И в заключении докладчик отметил, что необходимо предоставить право санитарным комиссиям устанавливать гигиенический режим во всем укладе жизни в лечебных местностях, имеющих общественное значение, в пределах санитарной охраны.

В качестве хорошего примера Г.В. Хлопин привел Сакскую грязе-лечебницу. Он лично удостоверился - при прекрасной организации лечебной части - в образцовом в санитарном отношении устройстве территории этой лечебницы. Территория её снабжена была в изобилии хорошей артезианской водой. Благодаря чему на бесплодном солончаке удалось развести обширный тенистый парк с несколькими прудами из пресной воды, фонтанами, цветниками – настоящий оазис среди палящей степи. Кроме того, территория лечебницы было канализована и нечистоты отводились для обезвреживания на прекрасно содержащиеся поля орошения. При лечебнице был достаточной величины курзал с библиотекой, обширная столовая с хорошим и недорогим столом, обслуживающая не только пансио-

неров гостиницы грязелечебницы, но и живущих вне лечебницы. Для хранения в свежести съестных запасов имелся при лечебнице обширный холодильник, кроме обыкновенных ледников. К этому следует добавить, что на территории лечебницы царил безалкогольный режим, что ворота её закрывались в 11 часов ночи и больные к этому времени уже должны быть в постелях, и что утренняя жизнь начинается в 7 часов утра.

В 1880 г. Сакская грязелечебница была передана правительством Таврическому губернскому земству с обязательством не делать из лечебницы оброчной доходной статьи, а обращать избыток доходов над расходами на улучшение курорта. Такой принцип, по мнению Г.В. Хлопина, должен быть положен в основу эксплуатации всех лечебных местностей, принадлежащих общественным управлениям и казне, так как он может явиться лучшим залогом для развития наших лечебных местностей во всех отношениях, как это видно на примере Сакской грязелечебницы.

Итак, на Съезде по улучшению отечественных лечебных местностей (Петроград, 1915 г.) профессор Григорием Витальевичем Хлопиным была предложена система общих мероприятий для предупреждения развития инфекционных заболеваний на территориях признанных лечебными (курортными) местностями и имеющих общественное значение.

Литература

1. Масеева Р.М. Съезд по улучшению отечественных лечебных местностей / Р.М. Масеева // Терапевтическое обозрение. – 1915. – № 2. – С. 51-54; № 3. – С. 84-86; № 4. – С. 112-116.
2. О Съезде по улучшению отечественных лечебных местностей // Пути сообщения России. – 1915. - № 2. – С. 310-316.
3. Хлопин Г.В. Общие мероприятия по улучшению санитарного состояния лечебных местностей / Г.В. Хлопин // Труды состоящего под Высочайшим Его Императорского Величества покровительством Съезда по улучшению отечественных лечебных местностей. – Пг., 1915. – Том. 1, вып. 1. – С. 143-155; то же: Терапевтическое обозрение. – 1915. - № 5. – С. 129-134.

Виксна Л.

ФЕМИНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССУРЫ ЛАТВИИ

Латвийский университет, Рига, Латвия

Первая латышская женщина Клара Хибшман (1878–1946) образование врача получила в 1906 г. и первая латышская женщина зубной врач Лате Вейбеле (1877–1949) в 1901 г. В течении столетия с тех пор медицина Латвии полностью феминизировалась и удельный вес женщин среди медиков превышает 90%, а среди врачей – свыше 80%.

Первой латышской женщиной, защитившей докторскую диссертацию на медицинском факультете Латвийского университета, была Анна

Бормане (1896–1990) в 1934 г., которая являлась воспитанницей знаменитого хирурга и историка медицины Паула Страдыня (1896–1958). Ей последовали анатом и антрополог Луция Ерума (урожд. Крастыня, 1899–1968) в 1935 г. и интернист Марта Виганте (1900–1966) в 1936 г. Однако А. Бормане ушла на практическую работу, а у остальных двух академическая карьера не слишком получилась и они стали лишь приват-доцентами. Под конец Второй мировой войны Л. Ерума эмигрировала в Германию и потом переселилась в Венесуэлу; исследовательской работой больше не занималась. М. Виганте осталась на факультете, в 1946 г. была избрана доцентом и заведующей кафедрой диагностики и пропедевтики внутренних болезней, но последовали интриги, и с 1947 г. до конца жизни она с успехом занялась частной практикой..

В то же время в Советском Союзе Елизавета Яковлева (урожд. Берзиня, 1892–1955) в 1938 г. защитила диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук и была избрана профессором и заведующей кафедрой судебной медицины Томского медицинского института. В 1941 г. она вернулась в родную Латвию на подобной должности и стала первой женщиной профессором на медицинском факультете среди 16 профессоров мужчин. Через пара месяцев в начале войны Е. Яковлева эвакуировалась в Томск, а в 1944 г. вернулась в Ригу, но в 1945 г. по ложному обвинению была репрессирована. После освобождения и реабилитации в 1954 г. она стала единственной женщиной профессором Рижского медицинского института, но через год умерла.

К 1960 г. в Латвии среди медицинских профессоров было 18 мужчин, однако в 1959 г. докторскую диссертацию защитили две женщины: инфектолог Мария Будже (1900–1981) и микробиолог Велта Берзиня (1904–1990), которые в качестве доцентов уже заведовали соответствующими кафедрами, а в 1960 (М. Будже) и в 1961 г. (В. Берзиня) были избраны профессорами. Докторскую диссертацию в 1959 г. защитила также диетолог, сотрудница Латвийского НИИ экспериментальной и клинической медицины Ксения Скулме (урожд. Гравере, 1893–1967), которая профессором была избрана в 1963 г.

В дальнейшем число женщин профессоров постепенно росло. К 1980 г. женщины составляли ровно четвертую часть профессуры или 11 из 44.

После восстановления государственной независимости Латвии в связи с академическими реформами число профессоров немного сократилось, но потом снова стало расти, а удельный вес женщин среди них – даже быстрее.

Из работающих в 2000 г. 38 медицинских профессоров женщин было 12 или 31,5%.

К 2013 г. соответствующие цифры – 72, 29 и 40,3%, т.е., почти половина.

А по отношению к лицам, имеющим ученую степень доктора медицины, удельный вес женщин ныне уже превышает половину, т.е., 392 из 689 или 56,9% (среди докторов фармации – даже 79,4%).

Что же относится к наивысшей научной категории – академиков и членов-корреспондентов Академии наук Латвии (с 1946 по 1990 г. – АН ЛатвССР), то первой женщиной членом-корреспондентом в 1968 г. и академиком в 1971 г. стала вирусолог Рита Кукайне (1922–2011), а второй – фармаколог Вия Зайга Клуша (род. в 1940) в 1992 г.

Среди медицинских академиков и членов-корреспондентов в 2000 г. было 16 мужчин и 5 женщин или 23,8% от общего числа.

В настоящее время соответствующие цифры 18, 11 и 37,9%, или удельный вес женщин постоянно растет.

Интересно отметить, что ныне на ведущих постах в Латвии занято в целом 41% женщин, и по этому показателю Латвия на первом месте в Европе.

Подсчитан также средний возраст умерших медицинских профессоров Латвии всех времен, который у мужчин составляет 72,0 и у женщин 79,6 года.

Войтович В.М.

ПРЕДПОСЫЛКИ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Важнейшим компонентом здравоохранения является его финансово-экономическая составляющая. Именно она диктует логику развития событий. ВОЗ уделяет большое внимание ее развитию. Финансы – это главный фактор, который двигает здравоохранение. Поэтому вопросы управления, а также кадрового обеспечения экономической деятельности учреждений отрасли приобретают особое значение. Для понимания путей и средств их решения необходимо изучение уникального опыта становления и развития системы управления экономикой здравоохранения.

Ретроспективный анализ экономики здравоохранения показывает ее постоянную количественную и качественную трансформацию и институциональное оформление в соответствии с потребностями и возможностями экономики страны. В дореволюционный, затем в советский периоды была заложена основа современной системы экономики здравоохранения, выработаны эффективные формы, направления, структуры, нормативные акты, которые преемственно перешли в наше время.

Медицина и здравоохранение существовали благодаря эффективному, продуктивному, законодательно отрегулированному механизму

финансово-хозяйственной деятельности, включавшему, в том числе, и кредитно-финансовые институты, ценные бумаги.

Врачами дореволюционной Беларуси изучались некоторые медико-экономические вопросы. В частности такие, как экономические аспекты санитарно-демографических процессов, борьбы с туберкулезом, лечения больных, экономический ущерб от потерь рабочего времени вследствие болезней, нормирование труда.

В практической деятельности медицинские учреждения использовали многие экономические категории, в частности, такие как учет, нормирование, штаты. Например, лечебница должна быть обеспечена прислугой в количестве не менее одной на 5 коек.

Во врачебных уставах, медицинских законодательных сборниках дореволюционного периода регламентировались не только условия оказания медицинской помощи, но и ее финансово-хозяйственная сторона. Директора больницы, главные врачи и врачи, заведующие лечебными заведениями «управляют ими как в медицинском, так и в административно-хозяйственном отношении». Самая древняя должность, которая прошла через столетия, начиная с XV века – это должность бухгалтера (счетовода). С середины XIX в. в штате больниц начали появляться следующие должности: управляющий, казначей (хранитель денежных средств), эконом-смотритель (смотритель, эконом). Позже появилась должность заведующего хозяйственной частью. На эконома и заведующего хозяйственной частью возлагались обязанности в отношении отопления, освещения, имущества, ремонта заведения, приобретения инвентаря, одежды и покупки продуктов питания для больных, хранения документов, вещей и денег от поступающих больных. Эконом отвечал ведению «приходо-расходных книг» и книжки мелочных расходов. Прислуга заведения непосредственно подчинялась эконому. Зарплата эконома составляла 20 руб. серебром в год. Эконом отвечал за материальную, казначей - за денежную части работы. Казначей принимал поступающие в лечебное учреждение оплаты, пожертвования, производил денежные операции, вел шнуровые приходо-расходные книги, составлял годовой отчет о денежных суммах. Канцелярию лечебного заведения составляли делопроизводитель (письмоводитель), бухгалтер (счетовод) и вольнонаемные писцы.

Большое влияние на организацию бухгалтерского учета в медицинских организациях дореволюционного периода оказала книга А.П. Рудановского «Принципы общественного счетоведения» 1913 г.

Механизм финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций свидетельствует о стабильности экономической жизни дореволюционной России, в рамках которой находилась и Беларусь, доверии к кредитно-финансовым институтам, устойчивости и жизнеспособности экономической системы общества.

ИСТОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

*УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», Гродно,
Беларусь*

Зарождение медицины начинается на ранних этапах развития человека и человеческого общества. Вначале медицина была достоянием всех и каждого, впоследствии именно женщина, став главой человеческого рода, первая стала сознательно обобщать народный опыт и использовать его на практике для излечения сородичей. Женщина заботилась не только о поддержании очага, питании, но и о благополучии и здоровье своих сородичей. Древние славяне называли их «берегинями». Первобытный человек увековечил их память, оставив каменные изваяния женщин-прародительниц, женщин-хранительниц домашнего очага. Опыт врачевания, который накопился в период матриархата, лег в основу медицинских знаний, полученных человечеством гораздо позже.

Помощь больным, страждущим являлась долгом всех, кто исповедовал христианство. Основными «лекарями» были священники или знахари, а основными «лечебными учреждениями» были храмы; больницы развивались из церквей. В средние века они скорее были похожи на прибежища бедняков.

В 1070 году в Киево-Печерском монастыре была открыта богадельня-убежище-дом во имя св. Стефана для помощи нищим, слабым, хромым, слепым и прокаженным. Это было «Богу угодное» милосердие.

С XI века дома-кельи стали называться больницами, а в странах Европы – госпиталями. Основными способами исцеления были заклинания, молитвы, амулеты, жертвоприношения. С течением времени, с прибавлением знаний по уходу за больными стали использоваться домашние средства – уголь, зола, сажа, холодная и теплая вода, покой, хорошая пища, чистый воздух, травы, различные массажи.

Николай Святоша (в крещении Панкратий Давыдович Черниговский) в 1142 году построил в Киеве монастырь, который в летописях называется «больничным». Там за больными присматривали монахи – «лчецы» – безвозмездные врачеватели. Они осуществляли уход, лечили молитвами, «зельями» и овощами.

Во времена Крестовых походов (XII век) появились военизированные медицинские ордена, например, тевтонских рыцарей. Появляются духовные попечительства о больных – госпитальные братья и сестры.

В XII веке появились различные трактаты, учения об уходе за больными. Один из трактатов принадлежит Салернской школе. В «Салернском кодексе здоровья» были сформулированы правила режима дня и питания, подробно были изложены свойства различных пищевых продуктов, плодов и растений, их лечебное действие.

Большую помощь в создании богаделен-убежищ на Руси оказал патриарх Никон. При его участии были основаны богадельни в Московском Знаменском монастыре, в Ново-Иерусалимском монастыре, в Гранатном дворе у Никитских ворот.

После вступления на трон династии Романовых милосердием и благотворительностью помимо царя и высших церковных иерархов начинают заниматься знатные светские феодалы. Так, открытый дворянином Ф.М.Ртищевым в 1650 году приют для бедных, по-видимому, явился первой городской больницей.

К середине XVIII века женский уход за больными стал осуществляться и в гражданских больницах. В Павловской больнице в Москве для ухода за больными полагалось иметь «баб-сидельниц» из жен и вдов больничных солдат.

Следующим этапом в развитии женского ухода за больными было появление службы «сердобольных вдов». Дежурные вдовы наблюдали за благоустройством в палатах, за порядком в раздаче пищи и лекарств, за чистотой и опрятностью больных, их постелей и белья, за поведением больных и посетителей; они также должны были осваивать некоторые медицинские приемы, чтобы в случае необходимости самим оказывать помощь больным.

В 50-х годах XIX века в Петербурге открылась школа «Русских нянек». В 1822 году в Мариинской больнице для бедных в Москве вышло «Руководство и правила, как ходить за больными, в пользу каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сердобольных вдов, званию сему особенно себя посвятивших». Это было первое руководство по уходу за больными.

В Великом княжестве Литовском и Речи Посполитой не существовало государственной медицинской службы. Для содержания инвалидов, престарелых, нищих, бездомных, больных и сирот открывались шпитали. Так, в 1791г. в Речи Посполитой существовало 497 шпиталей на пять с лишним тысяч коек. Лечебная помощь в шпиталях была различной: в некоторых посильную помощь больным оказывали их здоровые сотоварищи, в некоторых — монахи, в некоторых — лечение проводили нанятые приходящие медики. Позже на белорусских землях открывались медицинские академии, для преподавания в которых приглашались учителя из Европы. Гродненская медицинская академия, открытая в октябре 1775г. Ж.Э.Жилибером, явилась важным этапом в становлении и развитии медицинского образования в Беларуси.

В развитии сестринского дела в странах Европы в XIX веке большую роль сыграла деятельность выдающейся личности, англичанки Флоренс Найтингейл. Родившись в богатой аристократической семье, Флоренс получила блестящее образование для женщины своего времени. Она прекрасно знала литературу, изучала математику и естественные науки,

владела пятью иностранными языками, занималась живописью и музыкой. Но спокойная и обеспеченная жизнь не привлекала девушку. Флоренс искала возможность помогать бедным и больным. Получив сестринское образование, Флоренс работала сестрой милосердия в холерной больнице во время эпидемии холеры в Лондоне. Во время Крымской войны (1853-1856гг.) Флоренс возглавила отряд медицинских волонтеров и отправилась в английский госпиталь в Турцию. Здесь ее ждала страшная картина: грязные, прогнившие бараки, кишасшие паразитами тюфяки, нехватка белья и перевязочного материала, отсутствие топлива. Более 2000 раненых лежали вповалку на прогнивших нарах, больные тифом и холерой не были изолированы от других больных и раненых. 38 сестер милосердия во главе с Флоренс энергично взялись за переустройство госпиталя, за обеспечение в военно-полевых условиях максимально эффективно санитарного режима и сестринского ухода. Они добились снижения смертности с 42% до 2%.

По окончании войны Флоренс много времени и сил отдала делу подготовки медицинских сестер. В 1960 году по инициативе Найтингейл в Лондоне была открыта испытательная школа для сестер милосердия. Заканчивая школу ее выпускницы произносили составленную Найтингейл торжественную клятву, где были такие слова: «Всеми силами я буду стремиться помочь врачу в его работе и посвящу себя обеспечению здоровья тех, кто обратился ко мне за помощью».

Самоотверженная женщина – Флоренс Найтингейл – стала примером служения людям и прообразом международного милосердия. Медалью с ее изображением награждают за особые заслуги отличившихся медицинских сестер.

В октябре 1922 г. была проведена 1-я Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию. На конференции были определены типы средних медицинских учебных заведений и основные профили подготовки медицинских сестер. Позже в 1927 г. Красным Крестом были организованы «Курсы сестер запаса».

Во время Великой Отечественной войны медицинские сестры работали на фронте в качестве санитарных инструкторов рот в полковых медпунктах и госпиталях. Многие сестры за проявленные в годы войны мужество и героизм были награждены правительственными наградами, медалями имени Флоренс Найтингейл, орденами Славы, им присвоены звания Героя Советского Союза.

Главное назначение сестринского дела заключается в оказании помощи пациенту. Дело выхаживания больных и страждущих, пройдя через разные этапы развития подвижничества, стало профессией.

В настоящее время в здравоохранении большинства развитых стран система сестринского дела рассматривается как отдельная самостоятельная область медицинской деятельности. Специалисты среднего медицин-

ского звена являются ценным ресурсом системы здравоохранения, способными с наименьшими экономическими затратами выполнять поставленные задачи по сохранению и укреплению здоровья населения страны.

Литература:

1. Медицинская сестра XXI века: проблемы и перспективы: Сборник статей / Под ред. Е.М.Тищенко, И.И.Хваленя. – Гродно, 2009. – 300с.

2. Сестринское дело, том 1 (гуманитарный, психолого-педагогический, административно-управленческий блоки) / Под ред. А.Ф.Краснова. – С.: ГП «Перспектива», 1998. – 368с.

3. Лискович, В.А. Акушерско-гинекологическая помощь на Гродненщине: история и современность./ В.А.Лискович, И.А.Наумов, Р.А.Часнойть, Е.М.Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2005. – 624с.

Вронский А.А.

ИЗ ИСТОРИИ БОРИСОВСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*УО «Борисовский государственный медицинский колледж»,
Борисов, Беларусь*

Немногие из городов Беларуси имеют такую давнюю и замечательную историю, уходящую в глубину веков, как Борисов. Вглядываясь в страницы седой древности, можно заметить, что в истории Борисова, как в зеркале, отразилась многострадальная судьба белорусского народа, и каждая эпоха оставила свой след в жизни города. Он переживал войны, горел, разрушался и страдал. Но, несмотря на все трудности и невзгоды, каждый раз возрождался, набирал новые силы, рос и развивался. От маленьких фельдшерских пунктов, земских больниц и аптек ведет свою историю медицина Борисова.

Здравоохранение - одна из важнейших сфер человеческой деятельности, обеспечивающая и поддерживающая здоровое состояние общества. Являясь сложной социально-экономической системой и специфической отраслью, призвано сохранять и улучшать здоровье граждан, оказывать им высококвалифицированную лечебно-профилактическую помощь.

«Любовь к профессии начинается с любви к предмету». Именно эти строчки явились основным толчком для архивного поиска материала по истории 1-ой поликлиники г. Борисова. Сбор информации происходил силами членов кружка «Поиск» - учащихся Борисовского медколледжа.

Наша отправная точка -Борисовский архив - именно здесь история хранит все события прошлых лет, традиции, успехи, достижения. Метод исследования работы - архивно-экскурсионно-поисковый, дает возможность узнать больше об истории 1-ой поликлиники. Нами собиралась информация за период с 1917 по 2012гг., параллельно проводился анализ изучаемой литературы.

Изучая исторический материал, мы впервые узнаём, что по Всероссийской переписи населения 1897 г. в г.Борисове занимались медицинской и санитарной деятельностью 30 человек, в т.ч. 5 врачей, 3 медсестры, 2 медфельдшера и 2 акушерки. Работала 1-я больница приказа общественного определения на 15 коек. Первая аптека располагалась на улице 3-го Интернационала. В те годы на содержание врача выделялось 240 рублей, фельдшера-60 рублей, акушерки -20 рублей.

В отчетном докладе на втором съезде врачей Минской губернии врач Р. В. Розенберг указывал: "В 1913 году в г. Борисове была уездная больница на 30 коек, размещавшаяся в арендуемом здании, совершенно не приспособленном для больницы. В одном здании, разделяемом деревянной перегородкой, находились амбулатория, инфекционное отделение, терапевтические палаты. Не было систематической борьбы с заразными болезнями. В больнице работал 1 врач".

В заметке "Охрана здоровья" газета "Звезда" № 44 от 23.02.1921 г. писала: "За последнее время в Борисовском уезде дело здравоохранения начинает принимать реальные формы. Первым делом отдела было открыть больницу для заразных больных. Недавно было получено и распределено белье, полученное из Минска, эпидемия в уезде еще окончательно не ликвидирована". В этой же газете № 46 от 25.02.1923 г. сообщалось: "Больниц в городе 2, все больные снабжены бельем и продовольствием".

Довоенная история поликлиники №1 малоизвестна. Здание, в котором сегодня располагается 1-я поликлиника, было одноэтажным и построено в 1900 году. Принадлежало оно нотариусу Норкевичу В.П. Из скудных документов узнаём, что с декабря 1929 г. главным врачом работал И.А.Инсаров. После прохождения курсов специализации по неврологии в 1931 году он был переведен в 1-ю Советскую больницу, в которой до июля 1937 г. был заместителем директора больницы по лечебным вопросам.

История 1-ой поликлиники начинается после Великой Отечественной войны. Из архивных документов узнаём, что статус поликлиники она получает в августе 1946 г. До этого времени она называлась амбулатория №1. В 1948 г. в поликлинике было 2 терапевтических участка, работало два врача терапевта. После войны на базе 1-ой поликлиники велся амбулаторный прием больных города и района, так как своей поликлиники в районе не было. В этот период было принято решение о строительстве поликлиники на 100-посещений в Залинейном районе города.

Решением исполкома Борисовского городского Совета депутатов трудящихся от 7 февраля 1956 г. территория обслуживания поликлиники была разбита на участки: всего-4 участка. В 50-е годы, учитывая сложность ситуации с различными эпидемиями, исполком г.Борисова проявлял заботу и оказывал нужную и своевременную помощь. Например, обя-

зывал руководителей предприятий выделять транспорт для врачей поликлиники.

В начале 80-х годов в городе начали вводиться в строй ряд заводов союзного подчинения: "Автогидроусилитель", объединение "Экран", з-д "Полимиз", расширился завод "БАТЭ". В этой связи, за счет миграционных процессов и естественного прироста (количество родов доходило до 3,5 тысяч в год), начался бурный рост населения города. Существовавшая поликлиническая сеть вынуждена была организовать работу участковых терапевтов 1-ой поликлиники в три смены.

Много сил и энергии пришлось приложить главному врачу объединения М.С. Лигачёву, чтобы под видом "пристроек" расширить 1-ю поликлинику на 150 посещений. Новое здание поликлиники было построено в 1980 г.

С 1946 в здании адвоката Норкевича В.П. была расположена детская консультация и первая взрослая поликлиника. Первым заведующим 1-ой взрослой поликлиники был Тамарович Лев Яковлевич.

После него поликлинику № 1 возглавили:

Зархин Яков Григорьевич, Казак Леонид Флорович, Киркорова Надежда (к сожалению, отчество восстановить не удалось), Слепова (к сожалению, имя, отчество восстановить не удалось), Ржеутская Клавдия Викентьевна, Буяновская Александра Максимовна, Радченко Алексей Алексеевич, Голева Нелли Иосифовна, Хроп Татьяна Евгеньевна, Гердт Людмила Владимировна, Анискевич Алла Анатольевна, Губкевич Наталья Владимировна, Старшими медицинскими сестрами поликлиники были:

1946-1985г. - Коновалова Татьяна Ивановна

1985-1999г. - Вронская Мария Викторовна

Первой заведующей детской консультацией была Фунт Рахиль Александровна (1946- 1956гг.)

Затем заведующими были:

1956-1981г. - Подоксик Эсфирь Самуиловна

1981-1983г. - Матвиюк Алла Николаевна

1983-1986г. - Семенова Людмила Алексеевна

1986-1998г. - Кузьмина Антонина Дмитриевна

Старшими медицинскими сестрами 1 детской поликлиники были:

1946-1971г. - Петровская Антонина Петровна

1971-1975г. - Козловская Галина Семеновна

1975- 1998г. - Дрозд Эмма Георгиевна

В 1998 году 1-я детская поликлиника была объединена с 1-ой взрослой поликлиникой. Первой заведующей объединенной поликлиники была Синкевич Ирина Николаевна, старшей медсестрой - Шапчиц Нина Ивановна. В настоящее время поликлинику возглавляет Уварова Ольга Вячеславовна.

Подводя итог нашей архивно-экскурсионно-поисковой работе, нужно отметить, что важно, с одной стороны, не только накапливать опыт, хранить его, чтя память о профессионалах своего дела, кто оставил свой след в здравоохранении Борисовщины, чье призвание и любовь к медицине – навсегда. С другой стороны, необходимо передавать его из поколения в поколения, умело продолжая те традиции, которые были заложены предшественниками. Поэтому сегодня мы говорим с гордостью о нашем прошлом, с радостью о настоящем и с верой о будущем. История продолжается...

Литература:

1. Гілевіч Ж.В., Штыхау Г.В., Насевіч В. Л., Белая Л. Б. Дзесяцьстагодзья Барысава. - Мн.: БЕЛТА. - 224с.
2. Жарко В.И., Малахова И. В., Новик И.И., Сачек М.М. - Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее. Минск: Минсктиппроект, 2012.
3. Кандидова Т. «Развитие медицинского дела в Борисове»// Адзінства. - 2001г. - 15 чэрвеня. - с.3.
4. «Камуністычная праца» - 1980. - 2 красавіка.
5. «Камуністычная праца» - 1980. - 14 мая

Гельберг И.С., Алексо Е.Н.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ПО РЕЗКОМУ СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 1973-1982 гг.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

В конце 1972 г. Минздравом СССР был издан приказ № 996, согласно которому в стране было образовано 8 экспериментальных баз (территорий) по резкому снижению заболеваемости туберкулезом. В них были включены (сохранены названия того периода): в РСФСР – Ивановская, Челябинская области, в УССР – Харьковская и Черниговская в БССР – Гродненская, в Узбекской ССР – Наманганская, а также полностью – Эстонская ССР и три района Латвийской ССР. Руководство экспериментом было возложено на Центральный НИИ туберкулеза во главе с директором института чл.-корр. АМН СССР проф. А.Г. Хоменко. Непосредственно за организацию и проведение мероприятий в экспериментальных базах отвечал зав. отделом института проф. Е.А. Гинзбург. Куратором Гродненской области от ЦНИИТ была с.н.с. к.м.н. М.П. Алтынова. В БССР постоянно занимался работой по выполнению эксперимента Белорусский НИИ туберкулеза, директор – з.д.н. БССР, проф. М.Н. Ломако, его зам. – к.м.н. О.М. Калечиц, зав. отделом – д.м.н. А.К. Абрамовская и др. сотрудники

института. Весьма активное участие в работе принимали зав. Гродненским облздравотделом Ф.А. Богданович, его зам. М.П. Ровба. Организацией и проведением мероприятий на местах занимались гл. врачи облтубдиспансера Н.В. Яговдик, затем С.Д. Федосенко, зам. гл. врача В.Д. Чернецкий. Активное участие в выполнении большинства программ принимал курс туберкулеза ГГГМИ (зав. – доц. И.С. Гельберг). Была поставлена задача выполнения 16 научно-практических программ, направленных в целом на отработки наиболее важных проблем фтизиатрии, некоторые из них – на решение частных задач.

Главной программой была разработка системы сплошных и дифференцированных рентгенофлюорографических обследований населения. Достаточно сложно было добиться привлечения к обследованиям всего населения старше 12 лет – не менее 95%. Была проведена большая подготовительная работа с привлечением общемедицинской сети, общества Красного Креста, при активной поддержке органов власти. Для координации деятельности различных служб при облисполкоме, горисполкомах были образованы комиссии, для повседневного руководства и контроля – оперативный рабочий центр при облздравотделе и фтизиатрические советы при главных врачах районов.

В поликлиниках, СБУ, на ФАП'ах была создана флюорокартотека на все население по территориальному (участковому) принципу. Как показал опыт, ведение картотеки по врачебным участкам является оптимальным. После первого сплошного обследования (первый этап) с охватом 96,8% населения старше 12 лет, показатели заболеваемости туберкулезом возросли с 94 на 100 тыс. в 1972 г. до 136 на 100 тыс. в 1973 г. за счет выявления т.н. “скрытой заболеваемости”. Именно этот контингент неизвестных диспансеру бактериовыделителей является наиболее опасным в эпидемиологическом отношении. В следующем году (второй этап) при сплошном обследовании охват составил 98,2% населения. При этом все выявленные бактериовыделители были помещены в стационары, т.е. изолированы. Уже при третьем сплошном обследовании выявляемость туберкулеза значительно снизилась. Тем самым было установлено, что в регионе необходимо проведение 2-3 сплошных обследований, после чего целесообразен переход к дифференцированным, при которых обследованию подлежали обязательные контингенты и группы населения с повышенным риском заболевания туберкулезом – “угрожаемые контингенты”. Их перечень был разработан Центральным, Белорусским НИИ туберкулеза с участием курса туберкулеза ГрГМИ, облтубдиспансера.

Весьма важным было четкое определение служб, ответственных за обследование той или иной группы риска. Так, например, за полноту обследования пациентов с сахарным диабетом отвечали эндокринологи, за зависимостью от алкоголя – наркологи, контактов – фтизиатры; ХОБЛ, за-

болеваниями ЖКТ, впервые в данном году обратившихся в поликлинику и др. – участковые терапевты и т.д.

Выявляемость туберкулеза флюорографом при первом сплошном обследовании составила 24 на 10 тыс., а затем снизилась к 1982 г. более чем в 7 раз, составив 3,4 на 10 тыс. осмотренных.

Была определена частота заболеваемости туберкулезом в различных группах риска. Так при ХОБЛ она превысила усредненную в 5 раз, сахарным диабетом – в 3 раза, алкоголизмом – в 3-10 раз и т.д. Было показано важное и для современного периода значение флюорографии для выявления нетуберкулезной патологии. В 1980 г. таких пациентов было в 12 раз больше чем туберкулезных. На первых трех этапах эксперимента (в первые три года), проводилась также туберкулинодиагностика лиц до 30 лет и ревакцинация БЦЖ всех туберкулиноотрицательных (А.Г. Хоменко, Е.А. Гинзбург, М.Н. Ломако, О.М. Калечиц, В.Л. Альхимович, Ф.А. Богданович, Н.В. Яговдик, И.С. Гельберг, В.Д. Чернецкий, М.П. Алтынова, Ж.Н. Железинская, И.Н. Музычко, С.И. Вильчевский, С.Л. Романюк, Н.С. Будай и др.)

Новой организационной формой явилась разработка метода централизованного контроля за диагностикой и лечением всех впервые выявленных больных, а также эффективностью их оздоровления в амбулаторных условиях. Для этих целей созданы центральные врачебно-консультационные комиссии (ЦВКК) при областных диспансерах. Ежегодно с выездом на места пересматривались контингенты пациентов с активным туберкулезом органов дыхания. Методические рекомендации утверждены Минздравом СССР (В.Д. Чернецкий, М.П. Алтынова, И.С. Гельберг, О.М. Калечиц). Система функционирует до настоящего времени.

Был разработан и внедрен бригадный метод туберкулинодиагностики, с участием педиатрической и фтизиатрической служб, функционировавший до последнего времени, когда были сокращены подлежащие контингенты. (2013)

Его использование позволило добиться практически полного охвата детей и подростков (98-99%). Бригадой производилась постановка туберкулиновых проб, их учет, отбор контингентов для направления к фтизиатру (фтизиопедиатру), отбор и ревакцинация туберкулиноотрицательных в возрасте до 30 лет согласно инструкции того времени (через 5 лет).

Впервые эта методика отработана в Вороновском районе Гродненской области под руководством Е.И. Соколовского. Опыт Вороновского района был распространен на всю область и далее на республику. В рамках этой же программы была изучена эффективность вакцинации и ревакцинации БЦЖ, определены оптимальные интервалы между ревакцинациями, показания для применения вакцины БЦЖ-М. (А.Г. Хоменко,

Е.А. Гинзбург, М.Н. Ломако, А.К. Абрамовская, Н.В. Яговдик, Е.И. Соколовский и др.).

Отрабатывались методы борьбы с туберкулезом в сельской местности, где эпидемиологические показатели были стабильно выше, чем в городской. Особое внимание было обращено на организацию амбулаторного лечения в сельской местности, которое проводилось на СВУ и ФАП ☐ах, где выделялись средние медицинские работники, ответственные за проведение противотуберкулезных мероприятий, в частности, за амбулаторное лечение, которое впервые стало контролируемым. Наряду с медработниками, амбулаторное лечение осуществляли активисты Красного Креста обычно из числа родственников пациентов. Это позволило сблизить показатели в городской и сельской местности. (Ф.А. Богданович, В.Д. Чернецкий, Е.А. Гинзбург, М.П. Алтынова, О.М. Калечиц, В.А. Альхимович, Д.Н. Апон, И.Н. Музычко, Н.В. Яговдик, Ж.Н. Железинская и др.).

Выполнялась программа по бактериологии исследованиям на туберкулез при неспецифической патологии органов дыхания (Г.К. Заневский, И.С. Гельберг, М.П. Алтынова и др.). Полученные результаты легли в основу современных методов бактериологической диагностики туберкулеза среди угрожаемых контингентов.

В то время рифампицин был новым, недостаточно изученным противотуберкулезным препаратом. Программа по изучению его места в комбинированной химиотерапии туберкулеза выполнялась в Гродненской области (Ф.К. Цишкевич, И.С. Гельберг, А.К. Абрамовская и др.).

Отдельная программа была посвящена роли фтизиатрической службы в оказании пульмонологической помощи населению, отрабатывались элементы интеграции фтизиатрии и пульмонологии в условиях быстрого улучшения эпидемиологических показателей в конце 70-х начале 80-х годов XX века. В Гродненском противотуберкулезном диспансере функционировало диагностическое отделение пульмонологического профиля, диспансеризация части пациентов с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания осуществлялась в областном и районных противотуберкулезных диспансерах (кабинетах). На базе областной больницы и облтубдиспансера организованы дифференциально-диагностический и консультативный пульмонологический центр, при облздравоотделе – пульмонологический совет.

В результате было достигнуто заметное улучшение показателей диагностики и лечения данного контингента. (В.Д. Чернецкий, И.С. Гельберг, В.С. Авласенко, Л.А. Кибинь, В.А. Рожко, И.П. Бендасов, Д.Ф. Осинковский и др.). В 90-х годах, когда эпидемиологическая ситуация по туберкулезу значительно ухудшилась, эта работа была прекращена и до настоящего времени не возобновлялась.

В описываемый период времени разработка методов компьютеризации находилась еще в зачаточном состоянии. Тем не менее в ЦНИИ туберкулеза была разработана информационно-вычислительная система “Фтизиатрия” для управления противотуберкулезной службой, которая была внедрена в ряде регионов, в том числе в Гродненской области (Е.А. Гинзбург, Т.А. Гришина, В.В. Левтонова, В.Д. Чернецкий, Д.Ф. Осинowski и др.).

Эти работы явились фундаментом, на котором построена всеобщая современная компьютеризация. Система обеспечивала получение в электронном виде отчетов о заболеваемости туберкулезом, контингентах, смертности, статистическую обработку отчетов в электронном виде. Была разработана программа использования ЭВМ, для совершенствования системы централизованного контроля, повседневной регистрации событий при наблюдении за контингентами.

Постоянно осуществлялся обмен опытом работы путем проведения Всесоюзных конференций экспериментальных территорий. В Гродно такие мероприятия проводились в 1974, 1979, 1981 и 1984 гг. Выпущен сборник материалов Всесоюзной конференции “Вопросы противотуберкулезной помощи сельскому населению”, Гродно, 1981 (отв. редактор – доц. И.С. Гельберг). Приказом Минздрава СССР Гродненская область была утверждена Всесоюзной школой передового опыта по проведению противотуберкулезных мероприятий. За опытом в Гродно приезжали специалисты со всего необъятного Советского Союза.

В результате разработки и проведения комплекса противотуберкулезных мероприятий значительно улучшилась эпидемиологическая обстановка в Гродненской области. Так заболеваемость туберкулезом с 1973 по 1983 гг. снизилась с 136,4 до 36,5 на 100 тыс. населения, т.е. в 3,7 раза. В дальнейшем снижение продолжалось более медленными темпами и в 1989 г. показатель равнялся 31,5/100 тыс. населения, тогда как в 2013 г. он составил 41,5 на 100 тыс. населения. Смертность также снизилась до 3,6 на 100 тыс. населения (в 2013 г. – 5,5 на 100 тыс. населения).

Таким образом, благодаря совместной интенсивной работе фтизиатрической службы с общелечебной сетью при активном участии курса туберкулеза ГГМИ, а также санитарной, ветеринарной служб, УВД, местных органов власти, руководителей предприятий и учреждений, за 10 лет было достигнуто коренное улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу в Гродненской области. Опыт экспериментальных территорий был распространен на другие регионы Беларуси и тогдашнего Советского Союза.

Литература:

1. Богданович, Ф.А. Опыт организации сплошного рентгенофлюорографического обследования населения Гродненской области / Ф.А. Богданович, И.С. Гельберг, Н.В. Яговдик и др. // Проблемы туберкулеза. – 1976. – № 8. – С. 9-12.

2. Богданович, Ф.А. Результаты пятилетней работы по выполнению приказа МЗ СССР в Гродненской экспериментальной области / Ф.А. Богданович, С.Д. Федосенко // Совершенствование противотуб. дисп. работы. – Иваново, 1977. – С. 19-20.

3. Гельберг, И.С. Динамика заболеваемости туберкулеза в Гродненской области за период экспериментальной работы / И.С. Гельберг, С.Д. Федосенко, В.Д. Чернецкий // Материалы Всесоюз. совещания, Ташкент, 23-25 мая 1979 г. – Наманган, 1980. – С. 49-53.

4. Калечиц, О.М. Интенсификация противотуберкулезной работы в Гродненской области и ее социально-экономическая активность / О.М. Калечиц, Ф.А. Богданович, И.С. Гельберг, В.Д. Чернецкий // Здравоохранение Белоруссии. – 1981. – № 4. – С. 4-7.

5. Ломако, М.Н. Эффективность оптимизированной программы интенсификации противотуберкулезных мероприятий в Белорусской ССР / М.Н. Ломако // Интенсиф. противотуб. меропр. в соврем. эпид. условиях – Минск, 1980 – С.7-9.

Гельберг И.С.

ПЕРВАЯ ВСЕСОЮЗНАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В ГРОДНО

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

Студенческий научный кружок по фтизиатрии начал функционировать в Гродненском медицинском институте в конце 1961 г. сразу же после организации курса туберкулеза, вначале при кафедре факультетской терапии, затем в виде самостоятельного доцентского курса, ныне – кафедра фтизиопульмонологии. Работа в кружке активно велась с момента его организации. Из студентов первого выпуска (1964 г.) в кружке работало 8 человек, второго выпуска (1965 г.) – еще 12 студентов и т.д. Принималось активное участие в студенческих научных конференциях ГГМИ и других вузов БССР, а также за пределами Беларуси.

В описываемый период времени кафедра туберкулеза 2-го МОЛГМИ являлась координатором студенческой научной работы по проблемам фтизиатрии в Российской Федерации и Советском Союзе в целом, инициатором и организатором Всероссийских и межреспубликанской научных студенческих конференций (1966-1978 гг.). Научный студенческий кружок по фтизиатрии Гродненского медицинского института принимал активное участие в конференциях, доклады получили хорошие отзывы. Кроме этого в области успешно выполнялась экспериментальная работа по резкому снижению заболеваемости туберкулезом и динамика эпидемиологических показателей была лучше, чем в республике и в Союзе в целом, особенно среди детей, где заболеваемость туберкулезом снизилась

до единичных случаев. Поэтому проведение первой Всесоюзной студенческой конференции по фтизиатрии было доверено Гродненскому медицинскому институту. В ее подготовке помимо курса туберкулеза приняли участие ректорат, общественные организации института, кафедры инфекционных болезней, патологической анатомии, курс урологии и др. Конференция прошла 12-14 сентября 1979 г. в Гродненском медицинском институте.

Со всей огромной страны от Ленинграда до Владивостока приехали на конференцию студенты медицинских вузов, их научные руководители, заведующие кафедрами и курсами туберкулеза. В конференции приняли участие более 50-ти медицинских вузов страны. Приняла участие в конференции также делегация из Белорусской медицинской академии (Польша) во главе с доцентом А. Загурецкой. Было представлено 170 научных и научно-практических работ, опубликованных в сборнике тезисов конференции, изданных тиражом 600 экземпляров. Наибольшее число работ представили 2-й МОЛГМИ – 40, Гродненский и Куйбышевский (ныне Самара) медицинские институты – по 17, Харьковский – 10, всего из 49 вузов. На конференцию прибыли известные в стране ученые: проф. В.А. Соловьева – дочь видного государственного и общественного деятеля, выходца из Гродно З.П. Соловьева, имя которого носит 1-я Гродненская городская клиническая больница, сама она работала в Центральном НИИ туберкулеза в Москве, выступила с интересным докладом, зав. кафедрой туберкулеза 2 МОЛГМИ, засл. деятель науки, проф. И.Е. Кочнова, по чьей инициативе и была организована данная и другие конференции, известный в стране хирург Герой Социалистического Труда проф. В.С. Маят (Москва), профессора Л.А. Винник (Астрахань), Б.А. Березовский (Винница), К.П. Просвирнов (Куйбышев), З.Л. Шульгина (Саратов), Ф.Т. Красноперов (Казань) и др.

Было заслушано 176 докладов на пленарном и секционных заседаниях, посвященных различным проблемам фтизиатрии, в первую очередь, иммунологии туберкулеза, которая явилась основной проблемой конференции. Хорошо проявили себя студенты Гродненского медицинского института, которые получили несколько премий и грамот. В числе участников конференции и докладчиков были работающие в настоящее время в университете В.М. Цыркунов, ныне зав. кафедрой инфекционных болезней, д.м.н., профессор, Н.В. Наумова – ассистент кафедры фтизипульмонологии. Студенческий кружок при курсе туберкулеза ГГМИ был награжден памятной медалью и Почетной грамотой Министерства здравоохранения СССР. Ректору ГГМИ проф. Д.А. Маслокову и зав. курсом туберкулеза доц. И.С. Гельбергу приказом Министра здравоохранения СССР объявлена благодарность. В конференции приняли участие около 70 врачей из Гродненской и Брестской областей.

Гости из различных регионов страны ознакомились с работой ряда кафедр, посетили памятные места города Гродно, выразили благодарность за хорошую организацию конференции. Материалы о конференции вошли в коллекцию Гродненского историко-археологического музея. Во Дворце культуры химиков (ныне областная филармония) для студентов из различных республик и областей был проведен вечер дружбы.

Через 2 года (1981 г.) в Иванове состоялась 2-я Всесоюзная студенческая конференция, в которой также активное участие принял Гродненский медицинский институт. В сборнике конференции опубликовано 14 работ из Гродно. В числе докладчиков были Е.Н. Алексюк, ныне зав. кафедрой фтизиопульмонологии ГрГМУ, к.м.н., доцент; Е.И. Соколовский, к.м.н., доцент, впоследствии работавший зав. кафедрой фтизиопульмонологии и проректором Гомельского медуниверситета.

Литература:

1. Тимофеева, А. Научный форум студентов / А. Тимофеева // Гродненская правда 17 сентября 1979 г.

2. Кочнова, Е.И. Первая Всесоюзная студенческая научная конференция медицинских вузов по проблеме “Иммунология туберкулеза 12-14 сентября 1979 г.” / Е.И. Кочнова // Тезисы докл. под редакцией з.д.н. РСФСР проф. И.Е.Кочновой – Москва, 1979 – 172 с.

3. Кочнова, Е.И. Вторая Всесоюзная научная конференция студентов и молодых ученых по проблеме “Раннее выявление туберкулеза и нетуберкулезных бронхолегочных заболеваний, 9-11 сентября 1981 г.” / Е.И. Кочнова // Тезисы докл. под редакцией з.д.н. РСФСР проф. И.Е.Кочновой – Москва, 1981 – 261 с.

Герменчук И.А., Цыганкова О.А.

ИСТОРИЯ ПРОФПАТОЛОГИИ В БЕЛАРУСИ: ТРУДНОСТИ ПОСЛЕВОЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Беларусь*

Становление и развитие профпатологической службы в Белоруссии связано с ростом крупных промышленных предприятий, появлением новых профессий и профессиональных вредностей. Истоки профпатологии в Республике Беларусь относятся к концу XIX века. Первое сообщение о профессиональных заболеваниях состоялось в 1889 г., когда врач Поляк выступил с докладом на обществе Минских врачей о выявленных случаях хронических свинцовых отравлений у работников гончарных производств. Это предопределило активное изучение различных форм профессиональных болезней. В последующие годы в Минске создаются лечеб-

ные амбулатории для обследования рабочих промышленных предприятий, финансируемые их владельцами.

Дальнейшее развитие профпатологической службы на территории Белоруссии было прервано активными военными действиями во время 1^й Мировой войны. Однако уже с 1919 г. вопросами гигиены труда и профилактики профессиональных заболеваний вновь стали активно заниматься. Была создана Государственная промышленно-санитарная инспекция, которая в дальнейшем передана органам практического здравоохранения.

Для решения практических задач по профилактике и выявлению профессиональных заболеваний важное значение получает подготовка высоко квалифицированных кадров. В 1925 г. в Минске была открыта клиника профпатологии на базе 1^{ой} Советской больницы, включавшая 16 стационарных коек и амбулаторное отделение. Главнейшим направлением в работе обоснованно являлся диспансерный принцип обследования рабочих с обязательным изучением условий их труда. Наиболее часто в те годы выявлялись случаи профессиональных заболеваний туберкулёзом, сифилисом у стеклодувов; случаи заболевания сибирской язвой на кожевенных предприятиях; хроническая интоксикация свинцом у типографских и гончарных рабочих.

Боевые военные действия во время Великой Отечественной войны также, как и 1^й Мировой войны, полностью разрушили налаженную службу профпатологии в Белоруссии. По мере развития машиностроительной и химической отраслей промышленности возникла острая необходимость в восстановлении профпатологической службы в стране. С 1957г. начали работу кабинеты профпатологии в обласных городах. В 1961г. организуется Республиканский профпатологический центр (РПЦ) и специализированная профпатологическая ВТЭК (МРЭК), основателем которых являлся главный профпатолог и аллерголог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, высококвалифицированный и отзывчивый врач – доцент Г.Г. Захаров. Тогда же создаются доцентские курсы профпатологии в БелГИУВ-е и МГМИ, в последующие годы и в других медицинских институтах страны.

С 1973 г. организована подготовка профпатологов на кафедре профпатологии и аллергологии в БелГИУВ-е (ныне – курс аллергологии и профпатологии в БелМАПО). В течение 20 лет доцент Г.Г. Захаров бес-сменно заведовал курсом и кафедрой профпатологии в БелГИУВ-е. В последующие годы эту работу с честью выполнял профессор Н.А. Скепьян, в настоящее время – доцент Т.В. Барановская. Сотрудники РПЦ разрабатывали и внедряли специальные методы диагностики и лечения профессиональных заболеваний, внося важный вклад в практическое здравоохранение. Научные интересы по изучению профессиональных болезней разнообразны. Это подтверждается защитой 4^х докторских и 10-и кандидатских диссертаций. В области профпатологии стали докторами меди-

цинских наук и получили звание профессора следующие учёные: И.М. Король, Е.М. Платков, С.В. Федорович, Н.А. Скепьян.

В МГМИ (БГМУ) в разные годы работали доценты А.В. Юшко, И.Т. Петрович, продолжают работать доценты И.А. Герменчук и О.А. Цыганкова, а также молодые преподаватели, которые обучают белорусских и иностранных студентов на 4^х факультетах.

За последние 10-15 лет существенно улучшились условия труда на ряде предприятий, изменились критерии для проведения профосмотров, исчезли некоторые профессиональные заболевания. Разрабатываются новые методики и Протоколы для обследования и лечения лиц, работающих в контакте с неблагоприятными профессиональными факторами, повышаются требования для составления программы реабилитации потерпевшего и проведения медико-социальной экспертизы пациентов с профессиональными заболеваниями.

Как птица феникс из пепла, профпатологическая служба возрождалась, несмотря на все исторические преграды, связанные с 1^й и 2^й Мировыми войнами, и продолжает развиваться в наши дни.

Глинская Т.Н.

ПЕРВЫЕ ДНИ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ГЛАЗАМИ МЕДИКОВ: ИСТОРИЯ В ЛИЦАХ

*ГУ «РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий», Минск,
Беларусь*

Великая Отечественная Война началась 22 июня 1941 г., а уже 28 июня 1941 г., несмотря на мужество и героизм советских солдат и офицеров, немецко-фашистские войска захватили город Минск [1].

В первые дни войны вражеская авиация подвергла город, в котором проживало 270 тыс. жителей, массированным бомбардировкам. Особенно пострадал Минск от налетов 24 июня. Город был полностью разрушен, выведены со строя водопровод, электросеть, повреждены подъездные железнодорожные пути, уничтожена часть подвижного состава. В этих сложных условиях в городе проходила эвакуация, райвоенкоматы проводили мобилизацию в Красную Армию. В результате в войска было направлено почти 27 тыс. человек рядового и командного состава [2].

Скромная история семьи моей бабушки, врача-бактериолога Минской городской санитарно-эпидемиологической станции Марии Ивановны Бусыгиной, – лишь песчинка в вихре того военного лихолетья. Муж бабушки и мой дед был кадровым военным, на момент начала войны служил в Симферополе. Бабушка, как врач, естественно была военнообязанной. Призывной пункт в соответствии с мобилизационным предписанием находился в районном центре Червень Минской области. Оставив двоих

несовершеннолетних детей десяти и шести лет у знакомых в деревне под Минском, врач Бусыгина М.И. отправилась в Червень пешком с медсестрой Натальей Шипило (отчество неизвестно). Добирались по Могилевскому шоссе с 23-го июня по 25-е июня 1941 г. Иногда удавалось подвезать подвохой, один раз подвезла военная машина. В Червень прибыли 25-го июня 1941 г.

В архиве семьи сохранилась написанная на обрывке тетрадного листка со штампом Червенской райбольницы записка: «Военному тов. Егорову. Доктор Бусыгина и медсестра Шипило временно остались работать в Червенском госпитале до возможной эвакуации их с ранеными в г. Могилев. 27/VI-41. Раденчиков (? – подпись не совсем разборчива)».

Госпиталь отступал от границы, разместился в Червенской райбольнице. По воспоминаниям бабушки было много тяжелых раненых, в том числе с газовой гангреной - стояла жара и сушь, раны инфицировались при попадании земли и пыли сразу после ранения. В первые несколько дней медикаменты и перевязочный материал были в наличии, бинты стирали и использовали многократно, приходилось ассистировать хирургам, в более легких случаях оперировать самой. Главный врач Макс Самуилович Чертов надеялся и обнадеживал, что скоро будет эвакуация. Однако, под утро 29 июня 1941 г., когда бабушка уснула после тяжелого операционного дня, мобильную часть госпиталя (персонал, ходячих раненых, имущество) эвакуировали в направлении Могилева. Медикаментов и медицинских инструментов практически не осталось, приходилось оперировать прокипяченной ножовкой, использовать все доступные средства. Помогали местные жители, - приносили спирт, одежду, продукты. За эти дни много раненых скончалось, хоронили умерших медики сами в неглубоких ямах на территории, прилегающей к больнице, делать отметки на местах захоронений не решались.

Через 10 дней после начала войны фашистам удалось оккупировать весь Червенский район, 2 июля 1941 года враг вошел в г. Червень [3].

В день, когда немцы вошли в Червень, оставшиеся медработники постарались уничтожить все документы раненых красноармейцев и офицеров, знаки отличия, партбилеты. Сначала немцы не проявили большого интереса к тому, что осталось от госпиталя, для передовых частей главным было наступление в восточном направлении. Бабушка оставалась с ранеными до 7 июля 1941 г. Наряду с ранеными оказывали медицинскую помощь местному населению, собирали трупы на улицах города и сами хоронили. Рискаю, главный врач М.С. Чертов пишет на бланке Червенской райбольницы справку: «Дана врачу Бусыгиной, что она работала в Червенской б-це с 29/VI по 7/VII-41. Гл. Вр. Чертов», ставит печать Червенской районной больницы Народного комиссариата охраны здоровья.

Дорога в обратном направлении была печальной и опасной, обе записки бабушка зашила в одежду, от части личных документов пришлось

избавиться в Червене. Самое страшное ее воспоминание – перемещение по дороге на Могилев войск СС. До деревни под Минском добиралась больше недели. Забрала детей и знакомую, пришли в Минск, а дом, в котором жили до войны, оказался занят немцами. Один из жильцов дома оказался предателем и сообщил захватчикам обо всех семьях офицеров, живших в доме. Пришлось поселиться в брошенном хозяевами деревянном домике в районе Комсомольского озера, там семья бабушки прожила весь период немецкой оккупации – до июля 1944 г.

Как сложилась судьба медсестры Натальи Шипило неизвестно.

Врач-еврей М.С.Чертов и его семья погибли в Червенском гетто. Самого М.С.Чертова немцы сначала держали при больнице, потому что нуждались в квалифицированном враче, его жена и дочь находились в гетто. М.С. Чертов отказался жить отдельно от родных и ушел из больницы в гетто. 1 февраля 1942 года он был убит с 9-тилетней дочкой на руках вместе со всеми узниками гетто. Уже на краю расстрельной ямы он в последний раз отказался от предложения начальника полиции спасти свою жизнь и вернуться в больницу, оставив на смерть дочку и жену (из материалов Червенского районного краеведческого музея) [4].

Литература:

1. Новик, Е.К. История Беларуси. С древнейших времен до 2010 г.: Учебное пособие / Е.К. Новик, И.Л. Качалов, Н.Е. Новик // под ред. проф. Е.К. Новика. – Минск: Вышэйшая школа, 2011. – 526 с.

2. Режим доступа: http://www.belta.by/ru/articles/dossier/K-70-letiju-nachala-Velikoj-Otechestvennoj-oborona-Minska_i_446.html, дата доступа 9 июня 2014 г.

3. Материал к единому дню информирования “65 лет освобождения Беларуси от немецко-фашистских захватчиков”. Режим доступа: www.cherven.minsk-region.by/.../000073_338146_Osvobozhdenie.doc. Дата доступа 9 июня 2014 г.

4. Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/Гетто> в Червене. Дата доступа 9 июня 2014 г.

Глушанко В.С., Лаппо Н.В.

БАЗИС ИСТОРИЧЕСКОГО ЕДИНСТВА УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ, НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Беларусь

Кафедре общественного здоровья и здравоохранения ВГМУ исполнилось 75 лет. Кафедра была создана в 1939 г., когда курс «социальная гигиена и организация здравоохранения» был преобразован в кафедру со-

циальной гигиены. Руководила кафедрой профессор Е.М. Деларю. Кафедра размещалась в оставшейся части Свято-Успенского храма г. Витебска. При ней было создано республиканское научно-исследовательское бюро санитарной статистики.

В 1948-1950 гг. кафедрой руководил директор института А.И. Савченко. В 1950-1970 гг. кафедру возглавляла М.В. Денисова – заслуженный врач БССР, заведующая Витебским областным отделом здравоохранения. В 1974 г. она создала музей истории института, которым в последующем заведовали И.П. Мордачев, Ю.А. Калугин, Н.И. Василенко.

В 1971-1990 гг. кафедрой руководил доцент И.П. Мордачев. В 1985 г. в составе группы авторов доцент С.И. Белов был удостоен Государственной премии СССР в области науки и техники за разработку теории и методов медицинской географии и внедрение их в практику народного хозяйства.

С 1990 г. и по настоящее время кафедру возглавляет профессор В.С. Глушанко, который в 1992 г. защитил в ЦОЛИУВ (г. Москва) докторскую диссертацию. Им опубликовано более 500 научных и учебно-методических трудов, сделано более 200 докладов на международных, республиканских и региональных конференциях. В 1993 г. В.С. Глушанко было присвоено ученое звание профессора и выдан первый в системе белорусского здравоохранения аттестат профессора. На протяжении многих лет профессор В.С. Глушанко является членом Советов по защите докторских диссертаций: Д 03.15.05 и Д 03.16.02.

В 1974 г. при кафедре был создан методический кабинет санитарного просвещения, которым руководили А.Н. Судник (1974-1985 гг.), Н.Я. Вороненко (1986-1994 гг.), Ю.А. Жуков (1994-2001 гг.). В 1998 г. кабинет получил статус штатного, а в 2007 г. – внештатного учебно-методического и информационного кабинета (УМИК) по формированию здорового образа жизни (ФЗОЖ). Внештатным руководителем УМИК ФЗОЖ была старший преподаватель Т.Л. Петрище (2001 – 2011), с 2011 по 2013г. – старший преподаватель Р.Ш. Шефиев, а с начала 2014 г. ассистент Н.В. Лаппо.

Поистине революционный скачок кафедра осуществила в период ректорства профессора А.Н. Косинца и профессора В.П. Дейкало.

В 2006 г. профессор В.С. Глушанко был заместителем председателя рабочей группы Совета Министров Республики Беларусь по созданию первой «Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 гг.», утвержденной Президентом Республики Беларусь; разработчиком проекта «Укрепление Службы Сестер Милосердия» БОКК в содружестве со Швейцарско - Австрийско-Немецким Консорциумом Красного Креста, Стратегии развития здравоохранения Республики Беларусь до 2020 г. и др.

В 1990-2001 гг. на кафедре были введены новые учебные курсы: «АСУ в здравоохранении», «Основы права», «Медицинская информатика и компьютерные технологии», «Валеология». На базе кафедры в 1997 г. впервые был создан профильный учебно-научно-методический Совет (ПУНМС) «Социально-медицинские технологии в здравоохранении», который объединял 12 кафедр, в т.ч. 8 клиник университета. С 2003 г. под председательством профессора В.С. Глушанко функционирует проблемная комиссия по НИР «Организация, управление и экономика здравоохранения», которая в своей деятельности интегрирует решение теоретических и прикладных задач оптимизации развития медико-фармацевтического комплекса Республики Беларусь. Профессорско-преподавательским составом разработано более 15 рабочих и типовых учебных программ. Созданы учебно-методические комплексы на английском языке. В 2003/2004 учебном году впервые начато преподавание курса «История медицины» на английском языке, а в 2006/2007 уч. году впервые начато преподавание на английском языке дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».

В 1997 г. при кафедре организована «Школа менеджмента» и на ее базе был открыт элективный курс, который имеет высокий имидж у студентов. В 2008/2009 учебном году создан новый элективный курс «Образ жизни, здоровье и успех» для студентов всех факультетов. Кафедра работает в тесном контакте с Министерством здравоохранения. Заведующий кафедрой, профессор Глушанко В.С. является председателем «Экспертной комиссии по проблемам организации здравоохранения, научным исследованиям и разработкам, направленным на научно-техническое обеспечение деятельности министерства».

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения является общеуниверситетской, а также выпускающей кафедрой. Она осуществляет подготовку кадров с высшим образованием по дисциплинам «Общественное здоровье и здравоохранение» на 4, 5, 6 курсах лечебного факультета, на 4 курсе стоматологического факультета; «История медицины» на 1, 2 курсах лечебного факультета и «История фармации» на 1 курсе фармацевтического факультета и 1, 2 курсах фармацевтического факультета (заочной формы обучения).

В настоящее время кафедра общественного здоровья и здравоохранения осуществляет преподавание на 5 факультетах ВГМУ (лечебный, фармацевтический, стоматологический, факультет подготовки иностранных граждан, факультет повышения квалификации и переподготовки кадров) более чем по 20 направлениям. Значительная работа проводится кафедрой на ФПК и ПК по совершенствованию УМК для провизоров, начмедов, врачей-онкологов, ВОП, врачей-узистов, врачей-кардиологов, аллергологов, аспирантов, магистрантов, соискателей, клинических ординаторов. На кафедре преподаются три дисциплины: «Общественное здоро-

вье и здравоохранение», «История медицины», «История фармации». Для обеспечения преподавания названных дисциплин в начале XXI века кафедрой издано 30 учебных и учебно-методических пособий, рекомендуемых для подготовки к экзаменам.

Внедрение системы менеджмента качества представляет собой трансформацию деятельности кафедры в соответствии с подготовленными, утвержденными и введенными в действие документами системы менеджмента качества (СМК). С этой целью на рабочих местах были определены обязанности, полномочия и ответственность каждого сотрудника в рамках СМК, проверено выполнение персоналом документированных процедур. Требования и рекомендации стандартов серии ISO 9000:2009 предусматривают регулярное проведение внутренних аудитов, как отдельных рабочих процессов, так и системы качества в целом. Осуществляется мониторинг СМК; обсуждение основных вопросов по внедрению и совершенствованию СМК на совещаниях кафедры.

Основа образовательной деятельности кафедры построена на внедрении методологических приёмов и современных педагогических методик, повышающих эффективность качества учебного процесса. Они включают в себя: создание системы дистанционного обучения Moodle, включающей 17 блоков и более 600 документов для пяти факультетов; этапный контроль исходного уровня знаний, текущий, рубежный, итоговый контроль с рейтинговой оценкой знаний; на основе созданных типовой и учебных программ прививает методику работы с первоисточниками, навыки выполнения реферативных учебно-исследовательских работ, изучения учебной, научной, справочной литературы, историко-фармацевтической информации сети Internet; контроль посещаемости студентами лекций, семинарских, лабораторных и практических занятий; выполнение индивидуальных заданий под руководством преподавателя, проведения итоговых занятий, коллоквиумов, тестовый контроль, написание контрольных заданий, домашних заданий, рефератов и др; подготовка и контроль выполнения курсовых заданий; проведение текущих и экзаменационных консультаций студентов; итоговый контроль, осуществляемый в виде курсового и государственного экзаменов. В процессе экзамена осуществляется проверка качества усвоения теоретического материала, практических навыков и умений, а также навыков решения ситуационных задач, которые входят в каждый экзаменационный билет.

Во время прохождения врачебной производственной практики по дисциплине каждый студент выполняет индивидуальные задания, проводит учебно-исследовательскую работу, осваивает методики привития навыков и апробирует средства медико-гигиенического обучения, воспитания и формирования здорового образа жизни среди населения.

Систематически совершенствуются учебно-методические комплексы по дисциплинам кафедры и дисциплинам по выбору; переработка

учебно-методических материалов, календарно-тематических планов, методических указаний для студентов и преподавателей по специальностям 1-79-01 01 «Лечебное дело»; 1-79-01 08 «Фармация»; 1-79-01 07 «Стоматология».

Создана система рейтинговой оценки деятельности профессорско-преподавательского состава и его профессиональной компетентности.

В целях оптимизации учебного процесса и контроля качества обучения разработаны: типовые и учебные программы, сквозные планы преподавания вопросов здравоохранения; программные вопросы итогового и рубежного контроля знаний; контрольные вопросы для тестового контроля, перечень заданий УИРС, ситуационные задачи, методики привития студентам умений и навыков, стандарты качества обучения, модель расчета рейтинговой оценки знаний, мониторинг успеваемости студентов. Инновационная деятельность кафедры направлена на повышение уровня качества учебно-методического материала, издание современных пособий, что гарантирует подготовку высококвалифицированных кадров – врачей-специалистов, организаторов здравоохранения, провизоров, научных сотрудников.

В 2013 г. в Государственном реестре НИОК(Т)Р зарегистрирована тема НИР «Организационные, медицинские и фармацевтические составляющие интегрированной профилактики социальной патологии» (№ гос. регистрации: 20130237 от 25.03.2013 г.). В качестве исполнителей темы НИР заявлен весь профессорско-преподавательский состав кафедры, а так же сотрудники кафедр экономики и организации фармации, военной и экстремальной медицины. Результаты НИР обсуждаются на форумах различного уровня, внедряются в систему здравоохранения, учебный процесс, отражаются в средствах гигиенического воспитания и обучения, в научно-исследовательских работах студентов и сотрудников кафедры.

В 2013 г. зарегистрирована тема НИР по проблемам высшей школы «Инновационные составляющие модернизации преподавания дисциплин: «Общественное здоровье и здравоохранение», «История медицины» и «История фармации» (№ гос. регистрации: 20130897). Проводится работа в редакционных советах рецензируемых журналов РБ и РФ.

В рамках концепции индивидуально-ориентированного непрерывного медицинского и фармацевтического образования, в условиях взаимодействия НИР и педагогического процесса с практическим здравоохранением профессором В.С. Глушанко создана научно-педагогическая школа «Организация, управление и экономика здравоохранения». Под его руководством защищены 1 докторская и 9 кандидатских диссертаций.

Продолжается работа соискателей над темами диссертационных исследований: «Обоснование дифференцированных программ профилактических мероприятий по снижению уровня и частоты заболеваний у работников льноперерабатывающих предприятий», «Становление и развитие

фармацевтического дела в Советской Беларуси 1921-1929 гг.», «Критерии оценки стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий при оказании онкологической помощи», «Медико-социальные механизмы улучшения жизненного потенциала пациентов в послеоперационном периоде». Кафедрой так же проводится текущая и итоговая аттестация аспирантов и соискателей. Открыта магистратура.

Все сотрудники кафедры повышают свой профессиональный уровень на ФПК и ПК различного уровня: «Организационные и методические подходы к обучению иностранных студентов на английском языке в учреждении высшего медицинского образования»; «Английский язык в рамках проекта ТЕМПУС-4 в области образовательного менеджмента»; «Современные информационные технологии в медицинском образовании»; «Деятельность преподавателя учреждения высшего медицинского образования по организации идеологической и воспитательной работы в академической группе в современных условиях»; «Организационные и методические аспекты внедрения системы Moodle в учебный процесс медицинского ВУЗа»; Участие в съездах, конференциях и семинарах, публикация учебно-методических работ, работы в Internet и многое другое.

Учебно-воспитательная функция реализуется в соответствии с комплексным планом по идеологической и воспитательной работе. ППС кафедры курирует пять студенческих групп лечебного факультета. Профессор В.В. Глушанко является Председателем первичной организации Красного Креста Университета. На кафедре разработана технология воспитательного процесса с иностранными студентами курируемого землячества Шри-Ланки. В настоящее время в землячестве Шри-Ланки более 200 студентов всех курсов. Эффективность и качество воспитательной работы обсуждается на заседаниях кафедры и советах университета. Ежегодно проводятся смотры-конкурсы средств ЗОЖ «Образ жизни, здоровье и успех».

В начале XXI века изданы: 2 монографии, 2 курса лекций, 1 учебник, 3 методические разработки, 9 учебно-методических пособий, 1 пособие на английском языке, 1 электронная версия курса лекций, 1 электронная версия учебника на английском языке, 5 инструкций по применению. За 2012-2014 уч. г. сотрудниками кафедры подготовлено и издано учебно-методическое пособие «Организация деятельности службы государственного санитарного надзора», а так же электронное издание: «Курс лекций по истории медицины и фармации». Ведется активная работа над созданием банка учебно-методических материалов; создаются электронные УМК; осуществлено обновление информации о кафедре в электронных изданиях, электронной библиотеке, на сайте ВГМУ; внедрение системы дистанционного обучения Moodle.

Ведётся обогащение учебных мультимедийных презентаций на электронных носителях, систематическая работа с нормативно-правовой

документацией и научной литературой по дисциплинам (библиотека ВГМУ, электронная библиотека, областная библиотека, РНМБ, Президентская библиотека, Национальная библиотека, Национальный и Исторические архивы). С целью подготовки высококвалифицированных профессиональных кадров на кафедре реализуются образовательные технологии, соответствующие международным стандартам обучения. Базисом данных технологий является единство учебно-воспитательного процесса, научно-исследовательской и профессиональной деятельности.

Поддерживаются партнерские отношения с иностранными университетами и научными организациями. Международное сотрудничество осуществляется со следующими организациями: ЕРБ ВОЗ (Дания); Европейская Организация Лечения и Исследования Рака (European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), Бельгия); Национальный Институт общественного здоровья и здравоохранения РАМН (Россия); Российский университет дружбы народов (Россия); Первый Московский медицинский университет им И.М.Сеченова (Россия); Медицинская академия в Познани (Польша), Американский Институт истории фармации (American Institute History of Pharmacy (AIHP). США), Университет Марии Кюри-Склодовской в Люблине (Польша) и др. Кафедрой установлено новое сотрудничество с Кировской медицинской академией и автономной некоммерческой организацией «Научный медицинский центр «Геронтология» (г. Москва).

Таким образом, кафедра общественного здоровья и здравоохранения вносит существенный вклад в обеспечение эффективной деятельности Alma Mater и системы охраны здоровья населения Республики Беларусь посредством интеграции образования, науки и практики на основе результативной реализации фундаментальных и прикладных научных исследований в области общественного здоровья, демографии, организации, управления и экономики здравоохранения, истории медицины, фармации и здравоохранения.

Гольдинберг Б.М., Климович О.В.

ИСТОРИЯ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Городской центр трансфузиологии УЗ «6-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

До 1914 года переливание крови как в России, так и за рубежом производилось в единичных случаях, и медики ограничивались внутривенным введением хлористого натрия. По-видимому, в то время большая популярность солевых растворов как кровезаменителей была связана с их доступностью и безопасностью[1].

В Первую мировую войну из-за многочисленных огнестрельных и осколочных ранений, осложненных потерей крови, погибло 65% раненых. Жертв могло быть значительно больше, если бы не были созданы кровезаменители и разработаны методы заготовки донорской крови.

В 1915 г. Р.Т. Вудьятт, У.Д. Сансум и Р.М. Уальдер положили начало широкому применению внутривенного введения раствора глюкозы при гипогликемии, гипернатриемии, гипертонической дегидратации. Но практика показала, что в ряде случаев раствор глюкозы может усугубить тяжесть состояния больного. Так, в результате осмотического эффекта развивается клеточная дегидратация, увеличивается образование CO_2 и лактата, нарастает ишемическое повреждение головного мозга и других тканей. При нестабильности кровообращения глюкоза из энергетического субстрата трансформируется в источник токсинов [3].

Я. Хоган в 1915 г. предложил кровезаменитель на основе желатина – первый из коллоидных кровезаменителей. Желатин является смесью полипептидов различной молекулярной массы, получаемых из коллагена. В свою очередь, коллаген – это фибриллярный белок, составляющий основу соединительной ткани животных и человека (кожи, связок, сухожилий, костей, хрящей и др.) и обеспечивающий ее прочность.

В начале Первой мировой войны были сделаны попытки переливания крови на Западном фронте, где велись боевые действия между Францией и Германией. Так, в госпитале Брюсселя 16 октября 1914 года было произведено прямое переливание крови, когда солдат 45-го пехотного корпуса французской армии Исидор Колас сдал свою кровь капралу Генри Леграну и тем самым помог спасти ему жизнь [5].

Продолжали препятствовать переливанию крови образование сгустков в донорской крови и ее агглютинация с кровью реципиента (кроме системы АВО, антигены других групп крови еще не были открыты).

Революцию в деле заготовки донорской крови произвел Ричард Левисон, который в госпитале Маунт-Сайнай (Нью-Йорк, 1915 г.) впервые использует цитрат натрия для перехода от прямого переливания крови к непрямому. В 1916 г. Ф.П.Роус и Д.Р.Турнер впервые применили растворы цитрата натрия и глюкозы, позволяющие сохранить кровь в неизменном состоянии в течение нескольких дней после донации в закрытых контейнерах.

В 1914 г. врач Роджер Ли (Массачусетс, США) делает важное открытие, опытным путем доказывая, что кровь первой группы может быть перелита пациентам с любой группой, а пациентам с четвертой группой крови подходит кровь любой другой группы. Таким образом, введены понятия «универсальный донор» и «универсальный реципиент».

В американском экспедиционном корпусе в Европе переливание крови осуществлялось специальными отрядами, которые определяли групповую принадлежность крови с помощью стандартных сывороток,

формировали донорские кадры и вели научно-статистическую работу. В задачу отрядов входила организация всей службы переливания крови в различных армейских частях [2]. Так, американец О.Х.Робертсон, служивший во время Первой мировой войны в английской армии, провел в 1917 г. первые переливания консервированной крови раненым солдатам с учетом групповой совместимости. Он заготавливал для переливания только кровь группы 0(I), при этом кровь нескольких доноров смешивал в общей емкости, хотя в 1915 г. уже имели место случаи гемотрансмиссивного сифилиса. Переливание крови осуществлялось под давлением путем нагнетания воздуха в сосуд с кровью.

О.Робертсон считается создателем мобильной станции переливания крови, потребность в которой сохранилась до сих пор как в мирное время, так и при чрезвычайных ситуациях.

Хирурги Антанты, пользуясь цитратным методом заготовки крови, делали сотни операций в военно-полевых условиях. На их опыте было подтверждено значение переливания крови как самого эффективного средства борьбы с геморрагическим шоком. Более того, применение цитратного метода в армиях Антанты стало их преимуществом перед Германией и ее союзниками. Несмотря на всю значимость изобретения, цитрат натрия ввели в массовое использование только через 10 лет.

В ходе Первой мировой войны появляются многочисленные публикации, по большей части немецких авторов, раскрывавшие преимущества реинфузий крови в самых экстремальных клинических ситуациях. Например, в 1917 г. немецкий военный хирург А.Эльмендорф описал случай, когда он реинфузировал кровь при гемотораксе раненому солдату прямо на поле боя [4]. До него в 1915 г. о подобных наблюдениях докладывали У.Г.Уэлш и Б.Элиот.

Опыт переливания крови во время Первой мировой войны стал своеобразным катализатором распространения данного метода в мировой клинической практике и создал предпосылки создания службы крови во всех европейских армиях.

ВЫВОДЫ.

1. Необходимость восполнения объема циркулирующей крови для спасения раненых при массивных кровотечениях в период Первой мировой войны обусловила создание кровезаменителей и консервантов донорской крови.

2. Несомненным достижением трансфузиологии стали: переход от прямого переливания цельной донорской крови к переливанию консервированной крови с учетом групповой совместимости по системе АВО; определение понятий «универсальный донор» и «универсальный реципиент».

3. Разработанный метод возврата в сосудистое русло крови, излившейся в полости организма (реинфузия), сохранил свою актуальность до

настоящего времени как наиболее иммунологически безопасный и доноросберегающий.

4. Опыт организации переливания донорской крови во время Первой мировой войны послужил основой создания службы крови во всех европейских армиях и широкого применения гемотрансфузий в клинической практике.

Литература:

1. Гольдинберг Б.М. Служба крови в военном мундире. [Б.М.Гольдинберг]. – Право и экономика, 2012. – 177 с.
2. Свито Ф.И., Ивашкевич М.З., Манулик А.В. Служба крови и донорство Минщины. [Ф.И.Свито, М.З.Ивашкевич, А.В.Манулик]. Минск, 2001. – 260 с.
3. Шевченко А.А. Инфузионно-трансфузионная терапия (из прошлого в настоящее) <http://urgent.mif-ua.com>.
4. Elmendorf A/Über Widerinfusion nach Punktion eines Firschen Hemotorax.//Munchen Med.Wochenschr.1917. Bd.64.–S.36-39.
5. <http://blood.ru>.

Гольдинберг Б.М.

О САНИТАРНЫХ ПОТЕРЯХ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

УЗ «6-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

История сохранила немало примеров использования ядов в военных целях. Однако только в начале XX века химическая промышленность развитых государств оказалась способной производить отравляющие вещества (ОВ) в громадных количествах, что дало возможность использовать их в Первой мировой войне. В ходе боевых действий было апробировано более сорока типов боевых ОВ: 3 – кожно-нарывного, 2 – удушающего, 31 – раздражающего и 5 – общетоксического действия. Всего в годы Первой мировой войны применено 130000 тонн боевых ОВ, которые вызвали поражение около 1,3 млн. человек, из них более 100 тысяч составили безвозвратные санитарные потери.

Наиболее активно германские войска совершали газовые атаки против российских воинских подразделений Западного фронта, которые с сентября 1915 года по 18 февраля 1918 года занимали позиции на территории Беларуси по линии Поставы – Сморгонь – Барановичи – Пинск.

Впервые немцы применили газ на сморгонском участке своего Восточного фронта в ночь с 19 на 20 июня 1916 г. по старому стилю. За полтора часа атаки газ проник на глубину 20 км в сторону Молодечно, в результате чего было отравлено 2076 солдат и 40 офицеров [4,Л.18].

В последующие месяцы газовые атаки вошли в разряд обычных боевых действий и чаще всего применялись на сморгонских позициях. Недаром у солдат сложилась поговорка «Кто под Сморгонью не бывал, тот войны не видал» [2]. Подпоручик 16-го Мингрельского гренадерского полка, будущий писатель-сатирик М.Зощенко (1894–1958), попал под газовую атаку немцев в ночь на 20 июля 1916 г. и оказался в полевом госпитале. В октябре после лечения он был признан больным первой категории, но отказался от службы в запасном полку и в октябре 1916 г. вернулся на фронт в свою часть. В 1917 г. на здоровье М.Зощенко сказываются последствия отравления газами, по причине чего он отчисляется в резерв. В «Окопных новеллах» М.Зощенко описал пережитое им событие под Сморгонью.

«Я выбегаю из землянки. И вдруг сладкая удушливая волна охватывает меня. Я кричу: «Газы! Маски!» И бросаюсь в землянку. Рукой я нащупал противогаз и стал надевать его. Вокруг меня бегут солдаты, заматывая свои лица марлевыми масками. В бинокль я гляжу в сторону немцев. Теперь я вижу, как они из баллонов выпускают газ. Это зрелище отвратительно. Бешенство охватывает меня, когда я вижу, как методично и хладнокровно они это делают. Я приказываю открыть огонь по этим мерзавцам. Я приказываю стрелять из всех пулеметов и ружей... Я вдруг вижу, что многие (наши) солдаты лежат мертвыми. Их – большинство. Я слышу звуки рожка в немецких окопах. Это отравители играют отбой. Газовая атака окончена... На моем платке кровь от ужасной рвоты...»[1].

Из сообщения о газовой атаке командира корпуса, генерал-лейтенанта Парского, становится известно, что основная газовая атака началась артиллерийским огнем противника химическими снарядами в 1-м часу ночи 20 июля, а в дополнение к ней до 6 часов было совершено еще 5 или 6 газовых волн. Цвет газа – молочно-сероватый со слабым зеленоватым отливом; по краям газовое облако было темного цвета. Первоначальный запах газового облака был приятный: пахло яблоками, фруктами, скошенным сеном; затем он сменился резким неприятным запахом употребляемой для дезинфекции хлорной извести или запахом от зажженной спички.

Действие газа на организм выражалось следующим образом: прежде всего, начинало щипать в горле, затем при дальнейшем вдыхании без противогаза наступало удушье. В более тяжелых случаях отравлений вслед за удушьем появлялся мучительный спазматический кашель с выделением сукровицы с желтоватым оттенком; в агонии появлялись зеленовато-желтоватая пена и жжение в груди, в области сердца, синюха, произвольное испражнение и смерть при явлениях слабости сердца.

Вся совокупность внешних признаков позволяет заключить, что в качестве удушливого газа противником был выпущен главным образом хлор, однако имеются основания предполагать наличие фосгена и дру-

гих отличных от хлора газов [3]. Общие санитарные потери в находившихся на позициях полках 1-й Кавказской гренадерской дивизии и соседней с ней 48-й пехотной дивизии составили более 8000 человек, в том числе безвозвратные – 4 офицера и 282 нижних чина [4, Л. 18.].

Первая газобаллонная атака со стороны русских войск Западного фронта в районе Сморгони (от реки Вилии у деревни Перевозы до деревни Боровой Млын) была проведена 5-6 сентября 1916 г. Вместо запланированных 40 минут она продолжалась 15 минут.

22 сентября 1916 г. (по новому стилю) немцы ответили своей газовой атакой южнее озера Нарочь против частей 2-й Сибирской стрелковой дивизии. Выпущенные ими две волны удушливых газов проникли далеко за линию фронта в районы деревень Узлы, Бруссы и Андрейки, выведя из строя 2660 человек [2].

25 сентября 1916 г. последовали две газобаллонных атаки германцев хлором и фосгеном: в районе Икскюля на р. Двина и южнее ст. Барановичи. Во время атак в сфере действия газов на позициях находилось 4895 человек. Из них получили отравление и были эвакуированы 988 человек, в том числе умерших до 1 октября было зарегистрировано 76 человек [3].

К северу от Барановичей в районе Скрובה 25 октября 1916 г. была произведена газобаллонная атака со стороны русских войск, характерная тем, что в ней пострадало значительное количество самих же русских военнослужащих (115 чел., из них один смертельно) [5].

28 ноября 1916 г. германцы произвели газобаллонную атаку на фронте гренадерского корпуса в районе Барановичей. Были выпущены три волны газов. Вследствие сильной концентрации газа, распространение его в глубину было весьма значительно: сильный запах и даже действие на дыхательные органы ощущались в Несвиже, т.е. в 30-45 км от фронта, в районе расположения штаба армии. Благодаря своевременно принятым мерам противохимической обороны, потери сравнительно с предшествующими атаками были незначительными: 495 чел. отравленных (из них 253 легко; умерло 33 чел.), что составляло 2,5% от общего количества людей, находившихся в районе действия поражения газом [5].

Таким образом, применение химического оружия воюющими сторонами в Первой мировой войне нарушило статью 23 Гаагской конвенции 1907 г. о законах и обычаях сухопутной войны, запрещающую применять яды или отравленное оружие. Германские войска наиболее активно вели газовые атаки против войск Западного фронта на территории Беларуси в 1916 году. Описанные нами санитарные потери от применения газов на территории Беларуси среди военнослужащих являются масштабными. Отсутствуют сведения о жертвах химического оружия среди гражданского населения в прифронтовой полосе.

Литература:

1. Зощенко М. Собрание сочинений в 3 т./ Сост., подг. текста, предисл., примеч. Ю.В.Томашевского. – М., 1986. Репринтное изд.: М., 1994.
2. Лигута В.Н. У Сморгони, под знаком Святого Георгия / В.Н. Лигута. – Минск: Изд-во В. Хурсика, 2010.
3. де-Лазари А.Н. Химическое оружие на фронтах мировой войны 1914-1918/ А.Н. де-Лазари. – М., 1935.
4. Российский государственный военно-исторический архив – Фонд 2865. – Оп. 1. – Д. 30.
5. Смольянинов М.М. Газовые атаки на территории Беларуси в годы Первой мировой войны. // Беларуская думка. – 2012. – №4. – С.86-95.

Гончарова С.Г.

РОЛЬ М.Д. ЧЕЛЫШЕВА В БОРЬБЕ С ПЬЯНСТВОМ И АЛКОГОЛИЗМОМ В РОССИИ НАКАНУНЕ И В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

ФГБУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

Депутат III Государственной думы Михаил Дмитриевич Челышев - крупный самарский предприниматель, городской голова Самары (1909-1912 гг.), автор брошюры «Главная причина нашего несчастья» (Самара, 1907), был не только инициатором обсуждения вопроса о мерах борьбы с пьянством членами законодательного собрания, но и одним из активных деятелей Комиссий по борьбе с пьянством, подготовивших законопроекты, ограничивавшие производство, продажу и потребление алкоголя.

Михаил Дмитриевич Челышев (1866-1915) родился в деревне Ворынино Владимирской губернии в семье бедного, но мастеровитого крестьянина. С детства он отличался редкой сообразительностью, пытливостью ума, жадой знаний и...упрямством. Образование получил минимальное – читать научился дома, а из церковно-приходской школы был изгнан за то, что на уроках поправлял учителя. Отец Михаила брал подряды на малярные работы по всей губернии. Малярное ремесло с малолетства освоили и его дети.

В поисках своего счастья семья Челышевых подались в Самару. Здесь их семейная бригада нанялась ремонтировать дом известного миллионера Аржанова...Михайлу было 16 лет, когда он получил от хозяина 10 тысяч рублей на открытие своего дела. На эти деньги семья взяла подряд на Транссибе. Трудолюбие, сметливый ум и абсолютная трезвость привели к тому, что через несколько лет строительная фирма «Торговый дом Д.Е.Челышев с сыновьями» превратилась в крупное предприятие с филиалами в С.-Петербурге, Москве, Киеве, Харькове, Ростове-на-Дону, Казани и всему Транссибу.

Почти четверть века М.Д.Челышев состоял гласным Самарской городской думы. Критикуя пьянство, в 1902 г. Челышев внес в самарскую городскую думу предложение выплатить казенке то, она наживает от продажи спиртных напитков (около 300 тыс. рублей). Но тогда его заявление даже не напечатали. Хотя, только в стотысячной Самаре было свыше 450 пивных и около 400 трактиров, портерных лавок и других распивочных заведений, два пивных завода, несколько винокуренных. Публичные дома с продажей спиртного на некоторых улицах шли целыми рядами. И тысячи людей – от хозяев до полотеров- кормились с пьяного дохода. Возглавлял алкогольный синдикат пивной король Поволжья Альфред фон Вакано.

В борьбе с алкогольным синдикатом Челышева поддержал самарский биржевой комитет – несколько десятков хлебопромышленников-миллионщиков - мощные семейные кланы Сурошниковых, Аржановых, Шихобаловых, Соколовых, Башкировых, Журавлевых и др. Это была серьезная сила, которая выдвинула его депутатом в Третью Государственную Думу.[1]

1 ноября 1907 г. на первой сессии III Государственной думы при обсуждении доклада председателя Совета министров П.А.Столыпина М.Д.Челышев, обращаясь к правительству и Думе с просьбой об отмене винной монополии, заявил следующее: «...все правительственные предначертания и меры, как бы они сами по себе хороши не были, не достигнут цели, если правительство и Дума не примут мер против растущего в России пьянства и не уничтожат этим путем одной из главнейших причин нашего невежества, нашей бедности, преступности, смертности и физического и нравственного вырождения». Повторяю, если мы не будем трезвы, то в скором времени будем обезличены и стерты с лица нашей родной земли. Применение правительством системы взимания налогов с населения через водку, по-моему, есть зло, и на это нам, народным представителям, надо взглянуть строго и рассудительно, не с точки зрения отвлеченных политических прав, а действительной и будничной жизни, и такую систему просить правительство отменить»[2].

7 декабря 1907 г. Челышев зачитал в Государственной думе заявление, подписанное 66 ее членами, и после дебатов Дума постановила избрать Комиссию о мерах борьбы с пьянством, в которую вошел и Челышев.

М.Д.Челышев был фанатиком своей идеи, но фанатик-делец, фанатик-практик, как представитель торгово-промышленного капитала он был, прежде всего, заинтересован в трезвых рабочих, трезвых приказчиках, служащих, понимая, что только трезвый многомиллионный народ, а не пропившийся, голый может обеспечить величие и процветание России.

Более 100 раз выступил в Третьей Государственной думе с обличением пьянства.

Провокации алкогольной мафии против Чельшева следовали одна за другой. Например, широко известная провокация от 18 марта 1908 г., когда в банях Чельшева, где не только не подавали спиртного, но и запрещали приносить его обслуживающему персоналу, полиция «вдруг» обнаружила компанию, распивающую вино и пиво, якобы доставленные прислугою бани. Желтая пресса, а именно журнал «Хулиган», тотчас же в специальной статье попытался заклеить Чельшева. Пока разбирались, а тяжба длилась ровно два года, желтая пресса сделала свое дело и М.Д.Чельшев не попал в 1-ую Государственную думу.

И все же у Чельшева были тысячи сторонников в России и по всему миру, людей разных национальностей и сословий и поэтому вопрос о борьбе с пьянством и алкоголизмом не удалось замолчать не в Государственной думе, ни в Государственном совете.

В 1912 г. Законопроект о борьбе с пьянством, после многолетнего обсуждения в комиссиях Государственной думы, был внесен Министерством внутренних дел в Государственный совет. Основные положения законопроекта сводились к следующему: «Борьба с пьянством объявляется государственной задачей. Средства на организацию этой борьбы ассигнуются казною ежегодно в сметном порядке. Из этих средств, при Министерстве внутренних дел образуется особый фонд. Распределением средств фонда по отдельным губерниям и областям ведает особое Присутствие по народному здравию. Осуществление попечения о народной трезвости на местах возлагается на органы городского и земского самоуправления при ближайшем участии в них местного духовенства. С этой целью при уездных земских управах учреждаются особые комиссии народной трезвости и участковые попечительства о народной трезвости. Членами Попечительств могут быть лица обоего пола и частные общества. От участия в них устраняются лица, ведущие нетрезвый образ жизни, заинтересованные в продаже крепких напитков и владельцы домов, в которых производится продажа вина. Уездным земским собраниям предоставляется распределение казенных винных лавок в их районах и определение их общего числа. Кроме того, органы местного самоуправления могут издавать обязательные постановления об урегулировании времени и условий продажи крепких напитков и в частных торговых заведениях. В тех местностях, где нет земских учреждений, для борьбы с пьянством образуются особые уездные и губернские комитеты, которые находятся в ведении МВД. Имущества, существовавших Попечительств о народной трезвости, кроме Московского и Петербургского, передавались в распоряжение вновь учреждаемых органов по борьбе с пьянством» [3]

В 1914 г., когда началась война, М.Д.Чельшев и его сторонники из Самарской городской думы добились разрешения ввести в городе «сухой закон» на период воинской мобилизации. Самара стала первым губернским «сухим» городом в России. Страну разоряла жесточайшая война, а

сахар в Самаре практически не исчезал. Городская дума лишь однажды возвращалась к этому вопросу. Опыт самарцев по борьбе с пьянством приезжали изучать американцы.[1].

Николай II благословил «сухой закон» на всей территории России на период войны. Местным земствам было разрешено то, чего добивался Чельшев всю свою жизнь, - право объявить у себя «сухие зоны». Не везде сразу воспользовались этим правом. «Сухой закон» привел к резкому сокращению пьянства, несмотря на отдельные случаи самогонарения.

Литература

1. Бажанов Е. М.Д.Чельшов (1866-1915) //Трезвость и культура.1991.- №12. С.58-59
2. Речи М.Д.Чельшова, произнесенные в Третьей Государственной Думе о необходимости борьбы с пьянством и по другим вопросам. СПб, 1912
3. Хроника и события // Русский Врач. 1912. № 51. С.2099, п.1486

Гончарова Е.З.

СТРОИТЕЛЬСТВО БОЛЬНИЦ И ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет», Барнаул,
Алтайский край, Россия*

В Великую войну Россия вступила под лозунгом «Все для войны, все для победы», им, как казалось современнику, был пронизан «весь национально-государственный организм империи [1, с. 177], война поставила ясную задачу внесения порядка и организованности в жизнь государства. Одним из основных направлений деятельности городских управ являлось строительство больниц, лечебно-оздоровительных и санаторно-курортных учреждений для лечения раненых и заболевших воинов; средства на строительство, ремонт и содержание которых поступали не только из средств казны, ассигнований городских управ и вновь создаваемых «мирный обществ», необходимые для «богоугодных дел» суммы жертвовались россиянами в частном порядке или в виде недвижимого имущества в курортных зонах.

Вследствие военного времени в конце 1914 г. города сокращали уже утвержденные на следующий год сметы расходов. Так, например, городское управление признало возможным временно исключить из сметы обыкновенных расходов города 2.158 тыс. руб., а из сметы чрезвычайных расходов – 6.370 тыс. руб., кроме того было решено отложить часть работ по управлению городскими железными дорогами на сумму 3 млн руб.; чуть позже особое по делам города Петрограда присутствие сократило смету столичных расходов почти на полтора миллиона руб., которая со-

ставила 53.162,731 тыс. руб. 9 коп. [2, с. 418; 3, с. 486;]. Несмотря на сокращение бюджета, на городской земле в с. Сосновке в октябре 1914 г. началось сооружение целого поселка для размещения раненных. К концу ноября уже было закончено 11 бараков, снабженных водопроводом и канализацией. Здания поселка были оснащены соответствующим оборудованием и электрическим освещением, прокладывалась трамвайная линия [4, с. 528]. По приглашению Петроградского общественного управления 15 марта 1915 г. состоялся осмотр принадлежавшего городу и уже построенного временного лазарета на 3000 раненых на углу ул. Ольгинской и пер. Яшумова. Ранее на участке в 60 тыс. кв. саж. предполагалось возвести городскую больницу для туберкулезных больных, но в связи с обстоятельствами военного времени этот проект был отложен. Строительство лазарета было осуществлено на средства, выделенные всероссийским союзом городов, и обошлось в 1.100 тыс. руб., причем стоимость зданий составляла 700 тыс. руб. Весь комплекс лазарета состоял из 15 бараков на 200 человек каждый, хирургического барака, административного – для 100 сестер, служебного – для 200 человек персонала. На территории комплекса находилась аптека, склады для белья, продуктовый амбар, ледники, конюшня, склад керосина и бензина, всего 30 строений. При строительстве лазарета были соблюдены все требования по строительной части. Проведение канализации, водопровода и трамвайной линии обошлось застройщикам в 400 тыс. руб. Технической частью строительства руководил старший архитектор Петроградской управы Л.В. Шмеллинг, работами – гражданский инженер К.К. Маслов [5, с. 181-184]. Необходимо заметить, что построенный лазарет находился недалеко от одного из распределительных пунктов Варшавской железной дороги, через который проходило до 5 тыс. раненых в сутки. В этот же период было произведено техническое усовершенствование распределительного пункта на средства, пожертвованные уральскими горнопромышленниками, которые составили около 150 тыс. руб. [5, с. 184].

В течение первых месяцев войны в думе Петрограда постоянно решались вопросы о строительстве новых, перестройке и ремонте уже имевшихся больниц для размещения раненых на фронтах. На заседании думы 5 ноября 1914 г. было решено построить новое здание для Алафузовской больницы стоимостью в 1,5 млн руб., из которых на разработку эскизов предполагалось потратить 3 тыс. руб., о чем был объявлен конкурс между тремя архитекторами. На этом же заседании было решено закончить капитальный ремонт Боткинской барачной больницы, «произвести новые устройства в Петропавловской больнице», выделить кредит на содержание дополнительных 600 кроватей в больнице им. Петра Великого, дать 6 тыс. руб. на амбулаторную работу по борьбе с «бугорчаткой» и ассигновать средства на содержание больных с психическими расстройствами. [6, с. 519; 7, с. 63].

Союзом городов была утверждена смета на строительство заразной больницы в г. Вильно, стоимостью в 1 млн руб. [8, с. 108]; в мае 1915 г. были освящены три барака на 80 коек для заразно больных воинов при Николаевской больнице в г. Харькове, которые обошлись в 70 тыс. руб. [9, с. 201]. В Нижнем Новгороде 20 строительными артелями возводился поселок для раненых общим числом построек от 30 до 35, к которому был подведен городской водопровод, имелось электрическое освещение. На создание больничного комплекса нижегородскому земству было ассигновано 800 тыс. руб. [10, с. 423]. На предоставленные душеприказчиками покойной А.И. Коншиной средства в июне 1915 г. в Новопесковском переулке Москвы были заложены богадельня и часовня для неизлечимо больных; благотворительница завещала неприкосновенный капитал в 1 млн руб. на ее содержание [11, с. 281].

Для воинов, «отравленных удушливыми газами», был создан плавучий госпиталь-барак «Славянин» на 320 кроватей, которые были установлены во всю длину баржи. Наверху была устроена палуба для прогулок больных. «Славянин» был освящен 9 июля 1915 г. и впервые отправился в рейс от Москвы до Нижнего Новгорода [12, с. 292].

Необходимость в санаторно-курортном лечении выздоравливавших солдат и офицеров поставила серьезный вопрос о застройке «лечебных местностей», возведении грязе- и водолечебниц и организации здравниц в Крыму, на Кавказе и на Волге. Так, городская дума Одессы решила построить на лиманах грязелечебницы и бараки для больных воинов и ходатайствовала перед правительством о ссуде в 800 тыс. руб. на их устройство в виду отсутствия собственных средств [13, с. 117]. 14 апреля 1915 г. в Севастополе был освящен санаторий для больных и раненых воинов [14, с. 188]. Всероссийский союз городов выделил 118 тыс. руб. на организацию здравниц. Например, городская дума Феодосии отдала под строительство грязелечебницы лучшую часть пляжа, а союз городов субсидировал 40 тыс. руб. на ее сооружение и по 6 тыс. руб. ежемесячно на содержание [14, с. 265-266]. Министерство торговли и промышленности выделило г. Пятигорску около 800 тыс. руб. на благоустройство курортов, работали здравницы в Сухуми, Ессентуках... В июле 1915 г. из Нижнего Новгорода вниз по Волге отправился первый плавучий санаторий – торгово-пассажирский пароход «Великая княгиня Ксения» с больными и ранеными воинами на борту [15, с. 292].

Таким образом, в период великой войны на территории европейской части Российской империи непрерывно шло строительство новых медицинских учреждений, реконструировались и усовершенствовались уже имевшиеся, которые принимали раненых и больных фронтовиков. Впервые был поднят вопрос об организации и функционировании «по правилам современной практики градостроения» всероссийских здравниц, находившихся в «лечебных местностях» империи. Строительство санато-

риев, лечебниц, больниц велось не только за счет средств казны, городских бюджетов и благотворительных организаций, но и на добровольные пожертвования россиян.

Литература:

- 1) Устрялов Н.В. Право на победу // Великая война в образах и картинах. – Вып. XII. М.: Тов-во типографии А.И. Мамонтова, 1916. – С. 175-178.
- 2) Зодчий. – 1914. – № 37. – С. 418.
- 3) Зодчий. – 1914. – № 43. – С. 486.
- 4) Зодчий. – 1914. – № 47. – С. 528.
- 5) Зодчий. – 1915. – № 18. – С. 181-184; 187
- 6) Зодчий. – 1914. – № 46. – С. 519.
- 7) Зодчий. – 1915. – № 6. – С. 63.
- 8) Зодчий. – 1915. – № 10. – С. 108.
- 9) Зодчий. – 1915. – № 19. – С. 201.
- 10) Зодчий. – 1915. – № 42. – С. 423.
- 11) Зодчий. – 1915. – № 28. – С. 281.
- 12) Зодчий. – 1915. – № 29. – С. 292.
- 13) Зодчий. – 1915. – № 11. – С. 117.
- 14) Зодчий. – 1915. – № 26. – С. 265-266.
- 15) Зодчий. – 1915. – № 29. – С. 292.

Горелова Л.Е., Локтев А.Е.

**САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА
РУССКОЙ АРМИИ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ
(1914-1917)**

*Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко ФАНО,
Москва, Россия*

*Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск, Россия*

Санитарно-эпидемиологическая обстановка в России и ее армии накануне войны была сложной. Так, по состоянию на 1913 г. инфекционная заболеваемость населения России на 10 тыс. чел. составляла: сыпным тифом – 7.3, возвратным тифом – 1.9, дизентерией – 31.4, брюшным тифом и паратифами – 26.6, натуральной оспой – 4.4. Общий средний показатель инфекционной заболеваемости в армии достигал 39.9 % ко всей заболеваемости, а смертность от них – 51.26 %. Это объяснялось следующими обстоятельствами: миграционным процессом среди населения, отсутствием единой, хорошо оснащенной и планомерно управляемой государством и военным руководством противоэпидемической организации, вызвавшими вскоре широкое развитие в войсках и среди населения страны инфекционной заболеваемости, а затем и эпидемий. В комплексе про-

тивноэпидемических формирований, создаваемых только на время войны, войсковая медицинская служба располагала прежними дивизионными дезинфекционными и корпусными санитарно-гигиеническими отрядами. Впервые в качестве нештатных противозэпидемических средств фронтового звена медицинской службы и центра были сформированы изоляционно-пропускные пункты, «заразные» госпитали и того же предназначения санитарные поезда, создаваемые в своем подавляющем большинстве на средства общественных организаций (Российского общества Красного Креста, Всероссийских Земского союза и Союза городов). Ими же была организована работа «заразных городков», устраиваемых во фронтовом тылу в постройках барачного типа.

Санитарно-эпидемиологическая служба Русской армии в своей работе руководствовалась положениями, содержащимися в «Наставлении об охране здоровья войск действующей армии» (1914 г.), «Инструкции о мероприятиях против развития и распространения заразных болезней в армии» (1915 г.), «Инструкции для сортировки заразных больных и перевозки их в военно-санитарных поездах» (1914 г.), «Правилах санитарной службы изоляционно-пропускных пунктов на железной дороге», «Правилах для предупреждения разноса заразных заболеваний воинскими командами различных назначений и партиями беженцев, переселенцев, рабочих и военнопленных» (1916 г.).

Принципиально новым мероприятием в противозэпидемической работе явилось впервые с августа 1915 г. примененная вакцинация личного состава вначале тыловых, а затем и действующих войск Русской армии против брюшного тифа и частично холеры. Прививочная кампания позволила снизить заболеваемость брюшным тифом в армии с 16.7 промилле в 1915 г. до 1.13 промилле в 1916 г. В ходе борьбы с сыпным тифом особое место отводилось дезинсекционной работе, банно-прачечному обслуживанию войск. Несмотря на принятые меры, заболеваемость личного состава сыпным тифом составила 5.4, возвратным тифом — 19.4, брюшным тифом и паратифами — 25.1, дизентерией — 16.5, холерой — 7.9 и натуральной оспой — 0.7 промилле, смертность от них — 23.3, 2.4, 6.7, 21.9, 33.1 и 21.2 %, соответственно.

Приобретенный огромный опыт противозэпидемической работы позволил отечественному военному эпидемиологу К.В. Караффе-Корбуту в статье «Борьба с инфекционными болезнями в действующей армии в условиях текущей войны» (1916 г.) сформулировать важнейшие принципы военной эпидемиологии.

Литература:

1. Александров В.Н. Инфекционная заболеваемость в русской армии в первую мировую войну 1914-1918 гг. — Л., 1973.

2. Локтев А.Е. Становление и развитие санитарно-эпидемиологической службы Русской и Красной армий (1904-1945 гг.): автореф. дис. ... докт. медиц. наук. – М., 2005.

3. Отчет о санитарном состоянии русской армии за 1912 г. – СПб., 1914.

4. Санитарная служба русской армии в годы Первой мировой войны 1914-1918 гг. – Куйбышев, 1942.

5. Труды комиссии по обследованию санитарных последствий войны 1914 -1920 гг. – М.: Пг., 1923.

Горецкий В.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗНАНИЙ МИКРОБИОЛОГИИ В ПЕРВУЮ МИРОВУЮ ВОЙНУ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

Известно, что в годы Первой Мировой войны Германия и Франция использовали знания микробиологии в создании бактериологического оружия, применяя его неоднократно, заражая лошадей и крупный рогатый скот сапом и сибирской язвой и перегоняя стада больных животных на сторону противника. Также существует информация о том, что в это же время Германия пыталась заразить итальянцев холерой, распространить чуму в России, а также использовала против Великобритании бактериологические авиационные боеприпасы [2, 3, 4].

Перед Первой мировой войной уже были попытки ведения бактериологической войны, используя знания по микробиологии. Во время англо-бурской войны 1899–1902 гг. обе воюющие стороны англичане и буры преднамеренно забрасывали в колодцы трупы людей, погибших от холеры (поскольку тогда уже было известно, что возбудитель холеры передается с водой). Тоже делали во время балканской войны (1912) болгарские военные в районе боевых действий 3-й болгарской армии. Вспышки холеры получили широкое распространение на обоих театрах военных действий [3]. Первая мировая война дала новый толчок к развитию холеры. Она имела сильное распространение в турецкой, русской, австрийской, меньшее - в германской армии.

В трудах Гиппократов можно обнаружить попытки понять происхождение эпидемий. Они сводились к выявлению «неблагоприятных времен» и «зловредных испарений», принесенных ветрами из нездоровых местностей. Эпидемия, эпидемическое происхождение и распространение болезни понимались как клинически сходные заболевания людей на определенной территории, вызванные воздухом, содержащим враждебные человеку миазмы, принесенные с зараженных мест, либо испарениями, поднимающимися из-под земли. А так как много людей одновременно дышат

одним и тем же воздухом, то они поражаются одинаковой болезнью. Полководцы оценили «военное значение» миазмов. В 334 г. до н.э., во время войны Греции с Персией, и осады Александром Македонским города Галикарнасса (современный Бодрум в Турции), греки, в полном соответствии с взглядами Гиппократов на эпидемический процесс, пытались вызвать мор в осажденном городе. С помощью катапульт забрасывали через стены трупы собак и полуразложившиеся части других павших животных. Распространение зловония в восприятии защитников крепости послужило причиной вспыхнувших среди них болезней [1].

Человечество на протяжении всей истории вело бесчисленное количество войн и сумело пережить еще больше опустошительных эпидемий и пандемий. Поэтому начали задумываться о том, как бы совместить эпидемию и войну воедино. Первый же случай использования биологического оружия, который был официально зафиксирован, произошел в 1346 году, когда Золотая Орда во главе с ханом Джанибеком держала в осаде Кафу (Феодосия в Крыму). Среди монголов вспыхнула эпидемия чумы. Было принято решение перебрасывать зараженные тела через крепостные стены. Это привело к тому, что в Кафе началась эпидемия чумы.

Испанский конкистадор, Эрнан Кортес, в 1520 году использовал вирус натуральной оспы против ацтеков. В ходе эпидемии погибло более половины своего населения и предводитель ацтеков Куитлиуак. Государство ацтеков было уничтожено за несколько недель.

В XVII в. популярным вирусологическим орудием стала одежда и вещи больных натуральной оспой. Предполагают, что именно таким способом был убит малолетний российский император Петр II. После его смерти от натуральной оспы династия Романовых по мужской линии оборвалась, и, по сути, в России произошел государственный переворот, приведший к власти Брауншвейгскую династию в лице Эрнеста Иоанна Бирона [2].

Во время Семилетней войны (1756-1763) в Северной Америке генерал британских войск Джеффри Амхерст предложил подарить местному населению одеяла, которыми раньше укрывали больных оспой. В результате такого «подарка» жертвами эпидемии стали несколько тысяч местного населения в племенах минго, делавер и шони.

Но надо отметить, что более масштабные биологические диверсии имели место в годы Первой мировой войны. Так известно, что кавалерийские части противника преднамеренно отеснялись в районы, наиболее пораженные сапом, а пехота – в самые завшивленные села, пораженные сыпным тифом. Этими приемами пользовались все противоборствующие стороны.

В 1915 г. Германия начала осуществлять бактериологические диверсии против своих противников на Восточном и Западном фронтах, а также на территории США. В России германская разведка пыталась вы-

звать вспышки чумы среди людей и сапа среди лошадей. Культуры возбудителя чумы были доставлены в Россию в 1915 г. Греггерсеном, немецким агентом, прибывшим из США. В дальнейшем он предполагал в лаборатории Самарского университета чумой заразить крыс и выпустить их в Петрограде. Один из участников подготовки этой диверсии был агентом русской контрразведки. Поэтому заражение чумой населения Петрограда было сорвано еще на этапе его подготовки [3, 5].

Конюхи-агенты регулярно снабжались культурами сапа, которые они подмешивали в корм лошадям. Поэтому огромное количество конского поголовья армий союзников погибло. Культуры возбудителей сапа и сибирской язвы были наработаны германскими агентами в испанских лабораториях. Возбудитель сибирской язвы вызывал массовую гибель крупного рогатого скота и лишал войска мясoproдуктов. Возбудитель сапа наносил колоссальный ущерб кавалерийским частям, а тыл лишал гужевого транспорта. Оба легко могли быть получены в маленьких микробиологических лабораториях, в количествах, достаточных для осуществления диверсий. Вне всякого сомнения, при германских штабах, наряду с химической службой, по крайней мере, с 1915 г. существовала другая организация - служба бактериологических диверсий [3, 5].

С 1916 г. культуры возбудителя сапа применяли для заражения лошадей и мулов, закупаемых для французской армии в Аргентине. Это было раскрыто в 1917 г., после чего экспорт лошадей и мулов из Аргентины во Францию полностью прекратился. Также стало известно, что у немецкого агента, задержанного в зоне военных действий в марте 1917 г., был найден набор для осуществления бактериологических диверсий. Он включал: металлическую трубу со стеклянной бутылкой продолговатой формы, наполненную микробной культурой; и кисточку, укрепленную на железном прутике, изогнутом на противоположном конце в виде ручки. В инструкции, найденной у агента, указывалось, что «бульонную культуру употреблять, или, выливая ее на фураж, предназначенный для немедленного скормливания лошадям, или способом носового смазывания посредством кисточки, смоченной жидкостью; по возможности делать железным прутиком царапину в ноздре лошади» [3, 5]. Лечение болезни после случайного заражения возможно только антибиотиками, но в те годы их не существовало. Летальность людей, заразившихся сапом, без лечения антибиотиками достигает 100 %. В конце 1918 г., уже после окончания Первой мировой войны, все работы с возбудителем сапа в Германии были запрещены из-за невозможности обеспечения безопасности персонала лабораторий [2].

В 1917 г. немцами на территории Франции была осуществлена первая успешная попытка заражения скота возбудителем вирусной инфекции – ящуrom [3].

Приведенные выше факты не отражают всех установленных случаев использования бактериальных средств в Первую мировую войну. В послевоенной литературе упоминается о заражении в 1915 г. в Вашингтоне фуража, направляемого в Европу; о «известном цюрихском процессе о бульонных культурах, выброшенных в реку»; и о ряде других подобных эпизодов [2, 5].

После окончания Первой мировой войны стала очевидной принципиальная возможность создания нового вида оружия - бактериологического. Возбудитель инфекционной болезни самостоятельно распространяется по войскам противника и проникает вглубь его территорий, вызывая сокрушительные эпидемии среди населения. Сама же бактериологическая война представлялась весьма эффективной и не требующей особых затрат, особенно если начать ее первыми. Наиболее эффективным способом применения бактериологического оружия считалось распыление бактериальных агентов в воздухе, создание «бактериального тумана» или «бактериального дождя» [4].

Подписание в 1972 г. «Конвенции о запрещении разработки, производства и накопления запасов бактериологического и токсинного оружия и их уничтожении» (Конвенция-1972) было выходом из тупика бессмысленных расходов, в который зашла разработка биологического оружия в 1960-х гг. Однако, в 1974 г. американскими учеными Стенли Коемом и Гербертом Бойером была разработана технология рекомбинантной ДНК, позволяющая осуществлять вмешательство в геном любых бактерий и вирусов. Ее суть в том, что любой фрагмент ДНК, содержащий гены вирулентности или антибиотикорезистентности, взятые у одного микроорганизма, можношить со специальным носителем (вектором) и перенести в другой микроорганизм - потенциальный агент биологического оружия, усилив, таким образом, его поражающие свойства [4, 5]. Появились возможности создания новых микроорганизмов - более опасных, чем не подвергнутые генетическим изменениям...

Практически каждый военачальник прошлого вынужден был признать, что даже малейшая эпидемия будет иметь гораздо большую эффективность, чем любая хорошо спланированная и проведенная военная операция. Однако со временем изменился характер боевых действий. Столь удобное для применения биологического оружия концентрирование больших масс войск на узких участках фронта ушло в прошлое. Для истребления противника появились новые средства поражения, которые к оружию в привычном его понимании, отнести сложно - правозащитная деятельность, ВИЧ, наркотизация, информационные и сетевые технологии. Их применение возможно и без объявления войны. Остается надеяться, что в будущем использование знаний микробиологии поможет решить вопросы предотвращения инфекционных заболеваний, эпидемий, пандемий, поможет решать вопросы созидания, а не разрушения.

Литература

1. Супотницкий, М.В. Боги-«биотеррористы» и древние отравители /М.В. Супотницкий // Офицеры. – 2011. – № 5. – С. 56-61.
2. Супотницкий, М.В. Средневековые «сеятели чумы» /М.В. Супотницкий// Офицеры. – 2011. – № 6. – С. 56–61.
3. Супотницкий, М.В. Бактериологические диверсии Первой мировой /М.В. Супотницкий// Офицеры. – 2012. – № 1. – С. 58–63.
4. Супотницкий, М. В. Между мировыми войнами. Ученые и военные блуждали в «бактериальном тумане» и витали в «микробных облаках» /М.В. Супотницкий// Офицеры. – 2012. – № 2. – С. 62–67.
5. Супотницкий, М.В. Биологическая война. Введение в эпидемиологию искусственных эпидемических процессов и биологических поражений: монография. – М.: «Кафедра», «Русская панорама», 2013. 1136 с.

Гудене В., Шимайтене З.

МУЗЕЙНЫЙ ЭКСПОНАТ - ИСТОЧНИК ИССЛЕДОВАНИЯ ИСТОРИИ ФАРМАЦИИ

*Музей истории медицины и фармации Литвы, Каунас, Литва
Университет наук здоровья Литвы, Каунас, Литва*

Музей истории медицины и фармации Литвы является подразделением университета наук здоровья Литвы. Здесь проводятся лекции, семинары. Экспонаты музея не только служат иллюстрациями для студентов в учебном процессе, но и в качестве источника исследований.

Один из таких источников для исследований - рецептурная книга аптеки. Каждая аптека должна была регистрировать в рецептурной книге все изготавливаемые лекарства. Такая книга включает в себе все компоненты рецепта, которые составляли лекарство и их количества, цену лекарства, способ изготовления и использования, а также имя пациента и имя врача.

В коллекции музея хранятся семь рецептурных книг, самая древняя из них - 1830 года, остальные - 1924-1939 гг. Такие книги раскрывают содержание лекарств в разные исторические периоды. В 19 в. пациентов лечили лекарствами из натурального сырья (местных и импортных), часто использовались большие дозы сильнодействующих препаратов. Рецепты нередко содержащие дорогостоящие компоненты.

Из рецептурных книг 19 в. можно частично оценить и социальное положение пациентов. В книге 1830 г. отмечены не только имя пациента, но и социальное положение: поручик, советник, судья или ихние дети. Также указаны пациенты другого слоя: студенты, заключенные (арестанты), «нищие», и так далее. Можно сказать, для их лечения назначались

более простые, не дорогие лекарства, без дополнительных компонентов, улучшающих вкус.

Первое исследование рецептурной книги -1923 г. из сельской аптеки в Batakiiai - было проведено в 2004 г. Судентка фармацевтического факультета Кристина Митрекевичюте на эту тему подготовила работу на степень магистра фармации.

Авторы Вильма Гудене и Зенона Шимайтене, исследовали рецептурную книгу 1830 г., и результаты исследования были представлены на конференциях в Литве, в Америке. В 2013 г. была опубликованна статья в журнале Die Pharmazie. В настоящее время две студентки фармацевтического факультета Университета наук здоровья Литвы выполняют исследования других рецептурных книг, экспонатов нашего музея.

Исследования раскрывают изменения терапевтической концепции. В 1830 г. лекарства назначались по принципам гуморальной теории, доминировали рвотные, слабительные, потогонные и мочегонные препараты. Часто в книге упоминаются соли ртути для лечения венерических и других заболеваний.

Спустя почти сто лет, назначения лекарств изменилось. Хотя по-прежнему доминировали травяные препараты, чаще стали прописываться химические соединения. Остался популярный опий как обезболивающее лекарство, но исчезли бывшие популярными в 1830 году животные компоненты из бобра или испанской мухи.

Исследование такого источника обогащает историю фармации, помогает найти ответ на вопрос – какие лекарства принимались в разное время.

***Гузик Е.О., Тернов В.И., Башун Т.В, Зятиков Е.С., Фурс С.Ф.,
Сидукова О.Л., Машенко И.В.***

**КАФЕДРЕ ГИГИЕНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭКОЛОГИИ
БЕЛМАПО 65 ЛЕТ**

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

В настоящее время послевузовская подготовка специалистов санитарно-эпидемиологической службы по вопросам гигиены, санитарно-гигиеническим лабораторным исследованиям осуществляется на кафедре гигиены и медицинской экологии БелМАПО, которой в 2014 году исполняется 65 лет.

Последипломная подготовка врачей-гигиенистов в Беларуси с 1945 г. была организована на курсах, проводимых Минским медицинским институтом. В 1946 году прошли специализацию по общей санитарии 7 человек. С 1947 повышение квалификации (ПК) санитарных врачей осу-

ществлялось на базе Белорусского государственного института усовершенствования врачей (БелГИУВ) посредством привлечения к преподаванию ведущих специалистов гигиенического профиля Минздрава БССР (доцент П.В. Остапеня и заведующий пищевым отделом БелНИСГИ к.м.н. Л.Ф. Ромыш) и использования института в качестве курсовой базы, а Белорусского научно-исследовательского санитарно-гигиенического института (БелНИСГИ) в качестве учебной базы. Проводились в основном 2-недельные курсы ПК врачей по коммунальной гигиене и гигиене питания.

В марте 1949 года была организована самостоятельная кафедра гигиены, которая размещалась на базе лабораторий БелНИСГИ. Возглавлял кафедру в порядке совместительства директор БелНИСГИ П.В. Остапеня (1949-1951гг.). Продолжила работу на кафедре высококвалифицированный специалист по гигиене питания к.м.н. Л.Ф. Ромыш (1949 – 1957гг.). В 1949 году в штат кафедры введен старший лаборант А.М. Шавельзон. С 1949 года на кафедре организованы 3 – 4 месячные циклы специализации и 1 – 2 месячные – тематического усовершенствования (в основном по общей гигиене): в 1949 г. – 3 курса по 3 – 4 месяца (20 человек), в 1950 г. – 3-месячные курсы (29 человек).

В 1951 г. проведено переименование кафедры в кафедру общей гигиены. Кафедра получает собственную базу – 3 комнаты в выстроенном здании Минской городской санэпидемстанции, в 1958 г. для размещения выделено 4 комнаты в административном здании БелГИУВ, где кафедра находилась до 1971 г. Руководил кафедрой с 1951 по 1958гг. д.м.н., профессор Мухин А.П., приглашенный из Куйбышевского мединститута. В 1957 г. на должность ассистента избрана к.м.н. В.В. Сурикова, проработавшая на кафедре более 25 лет. За этот период она трижды исполняла обязанности заведующего кафедрой (1958 – 1960, 1968 – 1971 и 1976 – 1978гг.). Проводится научно-исследовательская работа по гигиене труда и воздействию шума на организм человека, гигиене питания. Опубликованы (профессором А.П. Мухиным) 4 статьи в журналах, 2 – в институтских сборниках трудов; 2 работы доложены на республиканском съезде гигиенистов, эпидемиологов и микробиологов. В этот период организованы долгосрочные курсы специализации по общей гигиене и организации лабораторной службы. С 1951 по 1960 год проведено 22 цикла (только 4 были продолжительностью менее 4 месяцев), обучено 199 человек.

С 1960 по 1968 г. кафедрой заведовал профессор Габрилович М.А., который 7 лет возглавлял санэпидуправление Минздрава БССР. В 1965 и 1966 гг. на кафедру приняты два аспиранта Бобровских С.П. и Роговина С.В., которые под руководством Габриловича М.А. проводили исследования по гигиеническому обоснованию планировки нового сельского и городского жилищного строительства из индивидуальных конструкций. По материалам исследований защищены 1 докторская и 2 кандидатские дис-

сертации, опубликовано 8 статей, сделано 8 научных докладов, изданы 3 брошюры.

В 1960 г. для приближения учебного процесса к условиям практики в качестве учебных баз определено шесть учреждений санэпидслужбы г. Минска и Минской области. ПК проводилось по гигиене питания, общей, коммунальной гигиене, лабораторному делу и частично школьной гигиене и организации работы санэпидстанций. С 1960г. по 1970г. организовано 37 циклов, а количество курсантов составило 339 человек.

С 1971 по 1991 г. руководил кафедрой к.м.н., заслуженный врач БССР профессор И.Б. Кардаш, который в течение 25 лет работал в Министерстве здравоохранения БССР, возглавлял санитарную службу. В эти годы на кафедру приходят молодые преподаватели: к.м.н. Тернов В.И. (1979г.), к.м.н. Зятиков Е.С. (1980г.), к.м.н. Э.П. Боклаг (1981г.), к.м.н. В.И. Мурох (1985г.). В 1972 г. кафедра переведена в новый учебно-лабораторный корпус, где в 8 комнатах оборудованы современные учебные аудитории и лаборатории. Для проведения занятий используются 21 базовое санэпидучреждение и 32 объекта госсаннадзора. В этот период организована тематическая подготовка главных государственных санитарных врачей. С 1989 г. на кафедре организованы выездные циклы по Беларуси и за ее пределы (Сахалинский край 1989г., Красноярский край 1990г., Киргизия 1991г.). Ежегодно повышали свою квалификацию 100 – 110 врачей из всех регионов СССР.

С 1989 г. на кафедре начинает функционировать курс «Лабораторные методы исследования пищевых продуктов и объектов окружающей среды» по подготовке врачей сангиглабораторий. Для проведения занятий избраны по конкурсу к.х.н. Башун Т.В., и Фурс С.Ф. (в 1993 г. защитил кандидатскую диссертацию). Курсы для врачей-лаборантов продолжительностью 1 – 1,5 месяца за год охватывали в среднем 50 – 60 специалистов лабораторий.

Коллектив кафедры уделяет большое внимание научной разработке вопросов управления санэпидслужбой и проблемам радиационной безопасности и гигиены питания. С 1971 по 1991 гг. опубликовано 48 научных работ, 2 методических пособия, защищено 2 диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук Терновым В. И., Мурохом В.И.

С 1991 по 2006 г. кафедру возглавлял д.м.н., профессор Тернов В.И., который с 1995 по 2002 гг, одновременно был Председателем национальной комиссии РБ по радиационной защите при Совете Министров РБ. В 1997 г. кафедра общей гигиены переименована в кафедру гигиены и медицинской экологии. Под руководством Тернова В.И. начато проведение тематических циклов по всем направлениям гигиены для специалистов ЦГЭ, обучение преподавателей гигиенических кафедр медицинских ВУЗов республики. В 1994 г. организован региональный семинар ВОЗ «Экологическая эпидемиология». Внедрены в практику преподавания новые

методы обучения, организованы циклы переподготовки работников здравоохранения, ответственных за охрану труда и технику безопасности. В апреле 2000 года при кафедре организован курс профилактической медицины и статистического учета, который возглавил профессор В.Н.Ростовцев (в 2013 г. курс переведен на кафедру общей врачебной практики). В 2001 г. с участием специалистов Беларуси и России на кафедре проведен курс по методологии ведения социогигиенического мониторинга. С 2000 г. на кафедру пришли к.м.н. Тюхлова И.Н.(2000г), к.м.н., доцент Сушевич В.В. (2005 – 2007), к.м.н., доцент Федоренко Е.В.(2000 – 2009), Калацей Л.М.(2003 – 2008), Трошкина В.И.(2005), Протько Н.Н.(2005), Машенко И.В. (2006). В этот период проводятся научные исследования по гигиенической оценке лучевых нагрузок, фактического питания населения республики. При участии сотрудников кафедры подготовлены Законы РБ «О качестве и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов для жизни и здоровья человека», «О радиационной безопасности населения».

С февраля 2006 года кафедру гигиены и медицинской экологии возглавляет к.м.н., доцент Гузик Е.О. Подготовка слушателей проводится по всем разделам гигиены, санитарно-лабораторным исследованиям. На кафедре работает 11 человек, в том числе 8 человек профессорско-преподавательского состава, к преподаванию привлекаются ведущие специалисты практического здравоохранения. Помимо занятий на кафедре, в качестве учебных баз используются практические и научные учреждения Министерства здравоохранения РБ и других ведомств. Проводятся исследования по актуальным проблемам гигиены, налажено международное сотрудничество. С 2005 по 2014 гг. для специалистов санэпидслужбы республики было проведено 263 курса ПК и 10 курсов переподготовки длительностью 2 месяца и более, обучено почти 5000 человек, при участии сотрудников кафедры разработано и утверждено Министерством здравоохранения 6 организационно-нормативных документа.

Основными перспективами развития кафедры гигиены и медицинской экологии БелМАПО являются совершенствование учебно-методической работы, широкое использование инновационных технологий в учебном процессе, выполнение научно-исследовательских проектов по укреплению общественного здоровья, расширение сотрудничества в том числе международного по различным аспектам гигиенической науки и практики.

Гутько А.Г.

ВКЛАД АКАДЕМИКА РАМН Ю.П. ЛИСИЦЫНА В ОБЛАСТЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ИСТОРИЮ МЕДИЦИНЫ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь*

С древнейших времен развитие медицины происходило путем создания все новых и новых методов лечения заболеваний и их осложнений. Только ко второй половине 19-го столетия, за счет развития медицинской науки, консолидации социальных требований населения и ряда других причин появилась возможность создавать структуры охраны здоровья - системы общественного здравоохранения, объединяющие усилия врачей, государства и общества в целях решения главной проблемы - комплексного улучшения состояния здоровья населения - общественного здоровья.

Так зародилась наука, известная с начала XX века как социальная гигиена, ныне переименованная в нашей стране в «общественное здоровье и здравоохранение». В свою очередь, развитие не только медицинской, но и вообще любой науки невозможно без исследования исторических особенностей ее становления, а также усилий научных школ, руководимых ведущими специалистами в данной сфере деятельности.

Одну из ведущих школ в области общественного здоровья, организации здравоохранения и истории медицины несколько десятилетий возглавлял академик РАМН, профессор Юрий Павлович Лисицын. Академик Ю. П. Лисицын – эксперт ВОЗ, президент Конфедерации историков медицины (преемницы Всесоюзного общества), академик и председатель Московского отделения Петровской академии наук и искусств, лауреат Государственной премии.

Юрий Павлович Лисицын родился 12 марта 1928 года в городе Клин Московской области. В 1952 году Ю.П. Лисицын окончил лечебный факультет 1-го Московского ордена Ленина медицинского института (1-го ММИ). Научная деятельность академика Лисицына началась в научных кружках клиники нервных болезней 1-го ММИ и кафедры истории медицины. История медицины стала предметом научной деятельности Ю.П. Лисицына практически сразу после окончания 1 -го Московского медицинского института в ходе подготовки и защиты кандидатской диссертации, посвященной исследованию работ А.Я. Кожевникова и первой отечественной школы невропатологов. В дальнейшем Ю.П. Лисицын работал младшим и старшим научным сотрудником, заведующим отделом зарубежного здравоохранения и заместителем директора по науке в институте организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко. Ю.П. Лисицын, работая на различных должностях в институте организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко (в настоящее время - Национальный НИИ общественного здоровья) неуклонно

развивал различные научные направления, связанные с историей медицины и общественным здоровьем Ю.П. Лисицын также являлся директором Всесоюзного института научной медицинской информации – ВНИИ – МИ, директором Центрального издательства «Медицина» (1981-1988), директором НИИ истории медицины РАМН (1995-2000).

В 1963 году Юрий Павлович избран заведующим кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения 2-го Московского ордена Ленина государственного медицинского института (ныне - РНИМУ им Н.И. Пирогова), которой бессменно заведовал, являясь в 2011-2013 годах ее почетным заведующим.

В последние годы Ю.П. Лисицын был экспертом ВОЗ, президентом Конфедерации историков медицины (преемницы Всесоюзного общества), академиком и председателем Московского отделения Петровской академии наук и искусств, лауреатом Государственной премии. Благодаря его постоянной заботе о развитии научных исследований в различных областях, связанных с историей медицины, общественным здоровьем и организацией здравоохранения в течение нескольких десятилетий постепенно сложилась мощная научная школа, объединяющая многих специалистов и получившая известность в своей сфере деятельности.

Ю.П. Лисицын – один из основоположников науки о социальных основах здравоохранения. Он внес существенный вклад в общественное здоровье и здравоохранение, историю медицины. Им выпущены фундаментальные труды, в том числе – более 40 отдельных изданий: учебники, учебные пособия, лекции, многие главы, разделы руководств, коллективных монографий, энциклопедий (БМЭ, БСЭ и др.) по проблемам здоровья населения и его обусловленности, организации медицинской помощи, анализу современных медико-биологических и медико-социальных теорий, деятельности международных медицинских организаций, истории нервизма и других направлений развития медицины, страхования здоровья, ОМС, экономики, менеджмента и маркетинга здравоохранения, социально-гигиенических аспектов психологии и биоэтики и др. Среди его трудов выделяются раздел "Медицина XX века" в Большой медицинской энциклопедии (2-е и 3-е изд.), теоретическая монография "Здоровье населения и современные теории медицины" [1], "Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения" [2], учебное руководство "Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения" [3], учебник для высших медицинских учебных заведений "Общественное здоровье и здравоохранение" [4], фундаментальная "История медицины" [4], "Очерки истории медицины XX века", "Здравоохранение XX века" [4], "Здоровый образ жизни. История и современность" [4]. Под его руководством защищено более 120 кандидатских и свыше 60 докторских диссертаций.

Научной школой академика Ю. П. Лисицына разработана и обоснована концепция воздействия на здоровье факторов образа жизни, согласно

которой здоровье человека рассматривается с позиции единства его социальной и биологической природы как одной из основ профилактической обусловленности здравоохранения.

Всестороннее исследование профилактического направления в медицине логично привело Ю. П. Лисицына и возглавляемую им научную школу к созданию новой науки "санологии" – направления медицины о сохранении и укреплении здоровья здоровых, которая развивает и дополняет научное направление "валеология", изучающее проблемы формирования здоровья на индивидуальном уровне.

Среди других направлений научной школы Ю. П. Лисицына следует отметить особенности состояния здоровья отдельных групп населения, изучение тенденций развития зарубежного здравоохранения, организации медицинской помощи различным группам населения, проблемы управления здравоохранением, управление качеством медицинской помощи, здоровый образ жизни, факторы риска (курение, алкоголь, наркомании).

Многие специалисты, включая авторов этих строк, "окончили" научную школу академика РАМН Ю. П. Лисицына, продолжают творчески трудиться в области истории медицины, общественного здоровья и вносят свою лепту в развитие новых научных школ и направлений. Среди учеников Юрия Павловича такие видные организаторы здравоохранения и историки медицины, как член-корр. РАМН, проф. Н. В. Полунина [4], член-корр. РАМН Г. Н. Голухов, д-р мед. наук А. С. Акопян, д-р мед. наук проф. В. С. Полунин, профессора З. Р. Аликова, Г. В. Бесполудина, К. К. Васильев, М. Н. Грибина, П. Ф. Гладких, А. В. Киселев, С. П. Копыт, А. А. Лебедев, Г. Л. Микиртичан, Е. И. Нестеренко, О. В. Гринина, доценты и кандидаты медицинских наук Н. М. Ашанина, Н. Г. Карлсен, Е. Н. Савельева, Е. А. Толченова, Л. Г. Перекопская, М. В. Подцубный, С. М. Шапошникова, С. Б. Аксельрод, В. В. Борисенко, К. А. Отдельнова, Д. С. Оприщенко и многие исследователи и педагоги.

Ю.П. Лисицын – Заслуженный деятель науки Российской Федерации. Награжден орденом Трудового Красного Знамени, двумя орденами "Знак Почета", медалями и дипломами, в т. ч. золотыми и серебряными медалями ВДНХ СССР; лауреат премий РАМН имени Н. Семашко, Минздравом СССР и РФ.

Литература:

1. Лисицын Ю. П., Шиган Е. Н., Случаенко И. С. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. М.: Медицина; 1987.
2. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Лисицын Ю. П., Полунина Н. В., Савельева Е. Н. и др. ВУНМИЦ МЗ РФ; 1998.
3. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. М.: ГЭОТАР-МЕД; 2002.
4. Лисицын Ю. П. Здравоохранение в XX в. М.: Медицина; 2002.

Гутько А.Г.

ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

В XVII веке голландским врачом Ван Туль-Пси была предложена символическая эмблема медицинской деятельности – горящая свеча. “Светя другим, сгораю сам” – этот девиз предполагает высокое служение, самоотверженную отдачу всего себя профессии и другим людям, приложение всех своих физических и нравственных сил. Причем “сгорание” не значит опустошение, исчезновение этих сил, они постоянно возобновляются при получении удовлетворения от своего дела, осознания своего места в профессии, при повышении мастерства и постоянном собственном личностном развитии. Но эмоциональное выгорание означает опустошение еще не до конца наполнившегося сосуда, бессилие при желании приложения усилий, исчезновение или деформацию эмоциональных переживаний, которые являются неотъемлемой частью жизни. Современные авторы отмечают, что структура профессиональной деятельности не остается постоянной, ее содержание изменяется с личным ростом специалиста.

Профессиональная позиция строится прежде всего на отношении профессионала к жизни вообще – позитивном (жизнеутверждающем) или негативном (жизнеотрицающем), к себе и другим людям. Думается, что именно отношение к себе, умение ставить перед собой цели достижения определенного уровня профессионального и личностного совершенствования, нравственная зрелость личности позволяют не только успешно осуществлять профессиональную деятельность, но и избегать состояния “утраты себя”, которое может быть вызвано психотравмирующим влиянием профессии.

На основании выделенных С.Л. Рубинштейном способов жизненного пути А.Р. Фонарев характеризует три модуса человеческого бытия, которые определяют, каким образом используются, проявляются различные индивидуальные особенности в процессе жизнедеятельности и к чему они приводят – развитию, стагнации или регрессу:

- Модус служения. Основное жизненное отношение – любовь к другим людям, что позволяет человеку выходить за пределы своих актуальных, наличных возможностей.

- Модус социальных достижений. Основное отношение к жизни – это соперничество, что обуславливает повышенную тревожность, неуверенность в себе. Часто это является препятствием для успешного становления профессионала.

- Модус обладания. Другой человек является только объектом, средством для достижения собственных целей, нравственные преграды

отсутствуют, что делает истинный профессионализм просто невозможным.

Интересно, что модус обладания не является причиной эмоционального выгорания, потому что прежде, чем что-либо потерять или растратить, надо это иметь.

Из выше изложенного можно сделать вывод, что модус служения – это модус человеческого бытия, который присущ медицинским работникам.

Профессия медицинской сестры - одна из самых гуманных; она ассоциируется с отзывчивостью, состраданием, терпением, чуткостью, вниманием, сердечностью, милосердием, заботой, добротой. Эти качества обязательно должны быть подкреплены образованием, высоким профессионализмом [3]. Раньше медсестер называли сестрами милосердия (фр.: *soeurs de la misericorde*) [1].

Сестра милосердия - профессиональный медицинский работник, обладающий особыми душевными и духовными качествами, которые могут быть присущи человеку от рождения, но чаще всего приобретаются в результате работы души. Эти особые духовные и душевные качества не могут быть элементом профессионализма, частью квалификационной характеристики в чиновничьем понимании этого слова [2].

В 1863 г. приказом военного министра № 33 было утверждено Положение о сестрах Крестовоздвиженской общины, назначаемых для ухода за больными в военных госпиталях. Дату появления этого приказа можно считать годом рождения профессии медицинской сестры в России [3].

В Крестовоздвиженскую общину принимали лиц женского пола всех христианских вероисповеданий, умеющих читать и писать по-русски и имеющих от роду от 20 до 45 лет. Желаящие посвятить себя уходу за больными и ранеными предоставляли: 1) удостоверение полицейских властей о неимении законных препятствий к принятию ими на себя этих обязанностей; 2) замужние - свидетельство от мужа о его согласии на принятие женою обязанностей сестры милосердия; 3) свидетельство о привитии оспы [4].

Средний возраст медсестер составлял 43,3 года.

Вновь пришедшие, освидетельствованные врачом и признанные годными к службе по всем статьям, принимались в Общину на правах испытуемых. Проверочный срок не должен был быть меньше 1 года. За это время сестра проходила обучение под руководством главного врача и настоятельницы; испытывались и ее нравственные качества. Практические занятия проходили в больницах, аптеке или лечебных учреждениях, с которыми у Общины существовала договоренность. По окончании курса подготовки испытуемая подвергалась экзамену по программе Главного управления Российского общества Красного Креста (РОКК) и затем утверждалась в новом звании Попечительским советом. Женщине выда-

валось свидетельство, подтверждавшее ее статус сестры милосердия, а в заведенный на нее послужной список вносилась соответствующая пометка. Удостоверение хранилось в Общине, пока сестра в ней работала, поскольку искомое звание окончательно присваивалось лишь после 2 лет службы.

Это в наше время медицинским сестрам присуще решение таких задач, как ранняя диагностика и профилактика заболеваний, наблюдение за диспансерными группами больных, обучение населения простейшим методам ухода за тяжелооболеченными и нетрудоспособными лицами, приемам самоухода при тяжелых хронических заболеваниях, оказанию неотложной доврачебной помощи невозможны без активного использования квалифицированного сестринского персонала, а в те времена, согласно уставу 1870 г., целью Крестовоздвиженской общины сестер милосердия было безвозмездное христианское служение страждущим и неимущим. Оно заключалось, помимо ухода за больными в лечебных заведениях и лечения неимущих пациентов в самой Общине, во вспомоществовании бедным и сиротам, обучении бедных детей, посещении заключенных и др.

Н.И. Пирогов писал, что женщины «должны занять место в обществе, более отвечающее их человеческому достоинству и их умственным способностям. Женщина, если получит надлежащее образование и воспитание, может так же хорошо усвоить себе научную, художественную и общественную культуру, как и мужчина».

До сих пор профессия сестры милосердия считается уважаемой, и это необходимо подчеркивать при изучении истории сестринского дела в образовательных учреждениях, готовящих молодых специалистов.

Литература:

1. <http://ibif.org.ru/articles/nachalol4/14-08>
2. <http://www.nsad.ru/>
3. Сестры милосердия России. - СПб., 2005.
4. Правила о сестрах Красного Креста, назначаемых для ухода за больными и ранеными воинами. - СПб., 1875.

Давыдова Т.В.

ПРОБЛЕМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ НАЧАЛА И СЕРЕДИНЫ XX ВЕКА

*ФГОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»,
Санкт-Петербург, Россия*

В современном российском обществе актуальными и в то же время сложными социально-гигиеническими проблемами, имеющими большое теоретическое и практическое значение, являются влияние урбанизации

на здоровье населения мегаполисов и перспективы развития в них медицинской помощи. Эта проблематика неоднократно рассматривалась в отечественных и зарубежных научных исследованиях.

Одним из фундаментальных исследований этой проблемы является монография ведущих отечественных специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения, менеджмента в медицине, медицинского страхования профессора В.А. Миняева и профессора И.В. Полякова «Здравоохранение крупного социалистического города» (1979г.). Эта работа заслуживает внимания еще и потому, что является ценнейшим историко-медицинским источником по изучению здравоохранения Петербурга – Петрограда - Ленинграда и других крупных городов нашей страны начала и середины XX века.

Охваченный авторами временной период (более 60-ти лет), позволил проследить динамику демографических процессов, заболеваемости, развитие принципов и структуры городской системы здравоохранения, рассмотреть особенности организации лечебно-профилактической помощи крупного города [2. С. 16]. Впервые в отечественной науке о здоровье населения построена многофакторная модель заболеваемости городского населения.

В первой главе монографии представлен анализ воспроизводства населения в крупном городе. Безусловно, время написания монографии объясняет позицию авторов, которые изучали рост крупных городов с точки зрения марксистско-ленинской идеологии и раскрывали коренные различия между процессами урбанизации в капиталистическом и социалистическом обществе. Из материалов книги следует, что только при социализме существуют реальные предпосылки для планомерного регулирования социально-гигиенических, демографических процессов города, для планомерного развития системы здравоохранения. С точки зрения современного здравоохранения, это дискуссионный вопрос.

Несмотря на идеологический контекст, авторы, раскрывая тенденции и закономерности динамики рождаемости населения, не ограничиваются констатацией фактов, а выявляют причины изменения условий рождаемости, ее основные закономерности, характерные для мегаполисов.

Весьма информативным на наш взгляд является анализ воспроизводства населения Петербурга и Москвы в период капитализма (1861-1917 гг.). Авторы указывают, что на протяжении всего пореформенного периода II половины XIX в. в России число мужчин превышало число женщин. Например, в конце XIX в. на 100 мужчин в Петербурге приходилось 86 женщин, в Москве – 77 женщин. Между тем в городах Западной Европы шел обратный процесс (в Берлине на 100 мужчин – 109 женщин, в Лондоне – 113, в Париже 114) [3. С. 16]. Эти показатели обусловлены тем, что преобладающая часть мужского сельского населения России отправлялась в крупные города на заработки, но и не прерывало связь с дерев-

ней, в европейских странах сельское население переселялось в города вместе с семьями [3. С. 17]. Этот процесс привел к формированию особой возрастной структуры населения крупных городов. Авторы называют этот процесс «гипертрофией» (т.е. существенным превышением) населения рабочего возраста в ущерб остальным. Статистические данные оформлены в таблице в сравнении с другими категориями населения России.

Важно отметить, что детальному анализу в книге подвергнута динамика возрастно-половых коэффициентов смертности и средней продолжительности предстоящей жизни населения Петрограда - Ленинграда в зависимости от социальной политики государства в области охраны здоровья граждан, анализ проводится в соответствии с нормативно-правовыми актами.

Авторы показывают, что увеличение средней продолжительности жизни населения в крупных городах СССР стало результатом снижения смертности населения во всех возрастных группах и обусловлено улучшением социально-экономических, культурных и санитарных условий жизни, успехами медицинской науки и здравоохранения в 60-е гг. XX в.

Например, средняя продолжительность жизни в Ленинграде в 70-е гг. XX в. увеличилась в 2 раза по сравнению с дореволюционным периодом. Если в 1910г. она составляла 31 год (30,99) у мужчин и 38 лет (38,2) у женщин, то к 1970 г. эти показатели равнялись 65-ти и 73-м годам [3. С.19].

Во второй главе монографии охарактеризованы социально-гигиенические аспекты заболеваемости (общей и временной нетрудоспособности), инвалидности и причин смертности в крупном городе. Убедительно показано, что социально-территориальная поляризация заболеваемости и смертности в зависимости от социально-экономических условий жизни различных слоев населения является характерной чертой здоровья населения крупных городов дореволюционной России и крупных европейских городов рассматриваемого в книге периода [1. С. 7].

В третьей главе предпринята попытка показать тесную связь характера патологии населения, в том числе у детей, с развитием различных форм лечебно-профилактического обслуживания. Выделена существенная черта развития советской системы здравоохранения крупного города - интеграция и одновременная дифференциация отдельных видов лечебно-профилактической помощи в рамках городской агломерации.

В четвертой и пятой главах представлены разработанные авторами долгосрочные прогнозы смертности и средней предстоящей продолжительности населения Ленинграда, приведен прогноз общей заболеваемости и заболеваемости с временной потерей трудоспособности. На модели Ленинграда построен прогноз развития внебольничной и стационарной помощи на перспективу, приведены основные принципы формирования автоматизированных систем управления крупного города.

Важно отметить, что данная монография была первой оригинальной работой на затронутую тему. Книга В.А. Миняева и И.В. Полякова служила и служит настольным пособием для организаторов здравоохранения в нашей стране и за рубежом. Сегодня она является библиографической редкостью. Многие проблемы, затронутые в монографии, не потеряли своей актуальности и в наше время. Например, авторы писали о том, что «до сих пор еще остаются нерешенными вопросы о взаимосвязи между внебольничными учреждениями и стационарами, о повышении общего уровня комплексного внебольничного обслуживания населения, об осуществлении широких профилактических мероприятий, об улучшении уровня диагностики в поликлинике. Их решение должно содействовать более полной преемственности в лечении больных и даст значительный экономический эффект, благодаря уменьшению продолжительности пребывания больного в стационаре» [3. С. 297-298].

Литература:

1. Вишняков Н.И., Миняев В.А. Научные исследования кафедры социальной медицины и организации здравоохранения СПбГМУ им. И.П. Павлова // Проблемы городского здравоохранения. – СПб., 1998. – Вып. 3. С. 4-8.
2. Миняев В.А. Изучение проблем охраны здоровья населения и организация здравоохранения в СПбГМУ им. И.П. Павлова // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. – 2007. – Т. 14. № 2. С. 15-17.
3. Миняев В.А., Поляков В.А. Здравоохранение крупного социалистического города. – М.: Медицина, 1979. 320 с.
4. Хромов Б.М., Свешников А.В. Здравоохранение Ленинграда. – Л.: Лениздат, 1969. 207с.

Дегтяренко Г.Ш.

МУЗЕЙ «МИЛОСЕРДИЕ И МУЖЕСТВО» - ЦЕНТР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И ГРАЖДАНСКО-ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

УО «Борисовский государственный медицинский колледж»,

Борисов, Беларусь

26 лет назад в колледже был создан музей «Милосердие и мужество», в котором собран богатый материал, раскрывающий основные этапы деятельности учебного заведения от медрабфака до колледжа и его роль в развитии здравоохранения Беларуси. Это был первый музей в республике среди средних специальных медицинских учебных учреждений.

Организатором, создателем и хранителем музея была И.С.Шурасева, преподаватель химии, биологии, микробиологии, проработавшая в учреждении с 1970 по 2002 год. И.С.Шурасева привлекла к этой работе весь педагогический и ученический коллектив. Итог кропотливой

работы энтузиаста своего дела – документы, экспонаты, воспоминания, правительственные награды, грамоты, фото, письма выпускников и преподавателей.

Было собрано 234 экспоната, позволяющих открыть музей и оформить 14 экспозиций:

- История учебного заведения (от медреса до колледжа);
- Традиции учебного заведения;
- Медработники в годы Великой Отечественной войны (на фронтах, в партизанских отрядах, в подполье);
- Её старания вложены в музей, где для потомков память сохраняется (о Шурасевой И.С.);
- Наши выпускники – наша гордость;
- Развитие здравоохранения Борисовщины;
- История медицинской эмблемы;
- другие.

Цель деятельности музея – сохранить историческую память, связь поколений, обеспечить их преемственность, воспитать любовь к профессии медицинского работника и своим пациентам.

Музей действует на общественных началах. Работа осуществляется по направлениям:

- поисково-исследовательская деятельность;
- культурно-просветительская деятельность;
- экспозиционно-оформительская работа;
- популяризация средств музейной педагогики в просветительской, воспитательной и профориентационной работе.

С 2002 г. музеем «Милосердие и мужество» руководит Дегтяренко Г.Ш., которая продолжает сохранять заложенные И.С.Шурасевой традиции, укреплять материальную базу музея, развивать новые традиции и направления работы.

Сегодня в фондах музея насчитывается 1470 экспонатов. Фонды музея используются в исследовательской работе преподавателей и учащихся колледжа, а также учеников общеобразовательных школ, лицей и гимназий Борисовского региона. На основе материалов музея готовятся рефераты, конкурсные работы, тематические выступления на конференциях.

Работа учащейся Л.Горецкой на IV Республиканском конкурсе творческих работ в 2005 г. «Наши выпускники – участники партизанского движения» получила Диплом III степени и стала президентским стипендиатом. Н.Купрейчик получила Диплом III степени на Республиканском конкурсе ООН за работу «Всеобщая декларация прав человека в моей жизни» в связи с 60-летием принятия «Всеобщей декларации прав человека».

В ходе поисковой деятельности в музее собраны материалы о 55 выпускниках и 11 преподавателях колледжа – участниках Великой Отече-

ственной войны и Афганской войны. Подвиги медиков являются для сегодняшней молодежи, посетителей музея ярким примером служения Родине, верности профессиональному долгу, проявления высокого чувства милосердия, сострадания и любви к человеку.

В музейную книгу «Лауреаты Специального фонда Президента Республики Беларусь» внесено 10 человек, среди которых выпускник 1974 г. В.А.Басацкий, заведующий вторым хирургическим отделением УЗ «Борисовская ЦРБ», кандидат медицинских наук, дважды Президентский стипендиат 2003 и 2011 гг.

Большая работа сегодня ведется по выявлению династий выпускников и преподавателей колледжа. Собраны материалы по 25 династиям, среди них династия Щуцких-Коба, информация о которой внесена в книгу «Медицинские династии Беларуси. Биографические очерки». Собран материал по династии Островских. Основателем этой династии был П.С.Островский, который с 1958 по 1978 гг. преподавал в Борисовском медучилище акушерство и гинекологию. Сегодня его сын Юрий Петрович и внук Алексей Юрьевич успешно работают в области практической и научной кардиологии.

Важное направление работы музея – оформление и экспонирование материалов. Наличие большого количества экспонатов позволяет дополнять постоянно действующую экспозицию и создавать тематические выставки: «Они сражались за Родину», «Медики-выпускники в годы Великой Отечественной войны», «Выпускники – воины интернационалисты», «Наша гордость», «Очарованные профессией», «Лауреаты Специального фонда Президента Республики Беларусь», «Наши выпускники в науке», «Выпускники – организаторы здравоохранения». По материалам экспозиций разрабатываются тематические экскурсии.

В музее создана библиотека «Наши выпускники в литературе». Это 25 книг, в которых рассказывается о наших выпускниках в годы Великой Отечественной войны: Р.Мачульский «Вечный огонь», С.Алексиевич «У войны не женское лицо», П.Воробьев «Имени комсомола», М.Джагаров «Костры партизанские», Л.Соболь «Звезда надежды», а также о выпускниках мирного времени Л.Рашковская «Преодоление»; «Путь к мастерству», «Мы – белорусы». В музее оформляется уже шестая книга «Пишут о нас, о наших выпускниках», в которую вносятся все публикации в СМИ о выпускниках учебного заведения. Библиотека раритетной литературы по медицине насчитывает 169 книг: это учебники, пособия, методички, энциклопедии издательства 1903, 1923 и др. довоенных и военных лет. Проводятся открытые просмотры, выставки архивного материала.

Сейчас к 70-летию освобождения Беларуси от немецко-фашистских захватчиков открыта выставка-просмотр «Партизанская бригада «Дядя Коля», которая действовала в Борисовско-Бегомльской зоне и «Партизанский госпиталь на о. Палик», в котором главврачом была выпускница

медрабфака и Минского мединститута О.Т.Бакун, а медсестрами – наши выпускницы 2-х годичной медшколы Козловская Е., Григорович Н., Киселева Я, Ивановская А., Ганец О., Супранович Е., Голубурда М., Ворвихвост Г. и другие.

Проводится работа по сбору материалов об истории здравоохранения Минской области. Оформлены папки по Смолевичской, Березинской, Червенской, Крупской, Логойской, Солигорской центральных районных больницах, Жодинской центральной городской больницы. По Борисовскому региону оформлены альбомы: больницы, поликлиники, участковые больницы, больницы сестринского ухода. Они дополняют экспозиций музея. Накануне распределения учащиеся-выпускники знакомятся с этими материалами на выставке.

Музей тесно сотрудничает со СМИ: журналами «Медицинские знания», «Планета - семья», газетами «Белорусская военная газета», «Адзінства», «Гоман Барысаушчыны». В них рассказывается о выпускниках – участниках Великой Отечественной войны. Ведется рубрика «История одного экспоната», за которой жизнь и судьба человека.

С 2004 г. в музее начат альбом «Поэтическое слово наших выпускников» и ежегодно 21 марта отмечается Всемирный день поэзии, оформляется выставка. Музей имеет сборники стихов наших выпускников Л.Рашковского, Ю.Горбика, Р.Алыева, врачей-преподавателей Г.Голдышевой, А. Лапошич.

Ежегодно музей посещает около 2000 человек. Среди почетных посетителей В.А.Гуминский (зам. Председателя Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь), И.В.Залуцкий (профессор - онколог), Павловец М.В. (профессор-нейрохирург), Л.П.Козик (Председатель Федерации профсоюзов Беларуси), И.И.Кустов (Герой Советского Союза), министры здравоохранения В.А.Остапенко и В.И.Жарко.

В книге отзывов оставлена запись выпускницы 1940 года, участницы Великой Отечественной войны А.Б.Хомич

«Война, которую мы мужественно пережили, сегодня проходит через сердца молодого поколения. Тяжелые дни войны не уйдут из памяти до последних дней моей жизни. И я рада, что наши учащиеся, молодежь сохраняют светлую память о старшем поколении, их борьбе и жизни».

Через сохранение и умножение многолетних традиций учебного заведения, опыта выпускников и сотрудников колледжа прививается любовь к профессии, к человеку и в целом к своей Отчизне.

Дейкало В. К., Левчук Л. И., Пуховский А. Г.

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЕ БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ 70 ЛЕТ

*УЗ "Брестский областной противотуберкулезный диспансер",
Брест, Беларусь*

Противотуберкулезные учреждения в области стали создаваться в первые послевоенные годы. Несмотря на большую распространенность туберкулеза в западной Белоруссии при буржуазной Польше целенаправленной борьбы с туберкулезом не велось, противотуберкулезных учреждений не существовало. Туберкулезом легких в те времена болели почти в каждой деревне, в ряде случаев целыми семьями. Лечение больных, в основном симптоматическое, вели частные врачи. До 17 сентября 1939 г. существовала в г. Бресте еврейская больница (ныне здание управления здравоохранения), собственность еврейской общины, где больных туберкулезом легких лечил в терапевтическом отделении врач Иоффе.

Первое туберкулезное отделение на 11 коек было открыто в г. Бресте на Площади Свободы (бывшее общежитие медучилища) для лечения больных туберкулезом, проживающих в г. Бресте и районах области, сразу после освобождения области от немецкой оккупации в 1944 г. Заведовала этим отделением врач Гельфанд Раиса Самуиловна, весь штат состоял из двух медсестер, повара и сторожа.

В штатном расписании Брестского областного противотуберкулезного диспансера от 25 апреля 1945 г. числилось 15 штатных единиц и Брестской областной туббольницы 13 должностных единиц. Главным врачом этих учреждений значился Осиповский Иван Данилович.

С февраля 1946 г. начал функционировать противотуберкулезный диспансер со стационаром на 35 коек по ул. Широкой, 2 (ныне Бульвар Космонавтов). Главным врачом оставался Осиповский И. Д., заведовал стационарным отделением Саэт Ефим Самуилович, врачом - ординатором работала в то время участница Великой Отечественной войны Охоня Вера Макаровна. В тубдиспансере имелся рентгеновский аппарат, на котором проводилась рентгеноскопия органов грудной клетки, рентгеновской пленки в то время не имелось. Заведовал и работал в этом кабинете врач Корза Борис Юльянович.

За 70 лет противотуберкулезной службы проделана огромная сложная работа. На первом этапе необходимо было наладить учет больных туберкулезом, лечение проводилось искусственным пневотораксом (ИП) и пневмо-перitoneумом (ПП), препаратами ПАСК и тибон. Выявлялись больные, в основном, при обращении за медицинской помощью с запущенными формами туберкулеза до 50%, костно-суставной туберкулез с натечниками преобладал до 36%. В связи с более доступной медицинской помощью заболеваемость туберкулезом городского населения

преобладала над сельским в 4,8 раза. В начале выявление больных проводилось рентгеноскопически, рентгеновской пленки тогда не было, затем появились узкокадровые стационарные и передвижные флюорографы. Стали определяться спец. контингенты подлежащие обязательному ежегодному РФО, отстранялись от работы больные туберкулезом в детских учреждениях, предприятиях общественного питания и других эпидемиологически опасных местах. В проведение противотуберкулезных мероприятий привлекалась общелечебная сеть, санитарно-эпидемиологическая служба. Ставилась задача создания стационарной сети необходимой для госпитализации всех больных туберкулезом, нуждающихся в стационарном лечении, перепрофилировались общесоматические койки в туберкулез-ные легочного, костно-суставного, тубменингитного профиля при райбольницах и в сельской местности. Всего в области в 1966 г. функционировало 1760 стационарных и 386 санаторных коек. Принимаются меры по обязательной госпитализации больных, выделяющих микобактерии туберкулеза. Широко внедрялась иммунопрофилактика туберкулеза, химиопрофилактика контактов с постепенным охватом всего подлежащего контингента городского и сельского населения. В связи с увеличением удельного веса больных туберкулезом мочеполовой системы и глаз в 1967 г. при облтубдиспансере создаются кабинеты фтизиоурологический, фтизиогенитальный, фтизиофтальмомонологический.

Укреплялся и расширялся противотуберкулезный диспансер, в ОТД и туботделении "Молотковичи" были открыты хирургические отделения легочного и костно-суставного туберкулеза, просуществовавшие 19 лет.

На этих этапах фтизиатрической службы основной вклад в историю фтизиатрии внесла второй главврач Промзелева Таисия Семеновна.

Имея необходимую материальную базу, достаточно квалифицированные кадры, в 1966 г. поставлена задача проведения интенсивных методов работы по резкому снижению заболеваемости и смертности населения от туберкулеза, запрограммированную на 5 лет. В результате завершения этой работы по всей области значительно улучшилась эпидобстановка по туберкулезу.

На этапе развития противотуберкулезной службы в период 1991-1999 гг. ситуация по туберкулезу в области, республике и странах СНГ заметно ухудшилась. Отмечался рост заболеваемости туберкулезом, наметилась тенденция к увеличению заболеваемости детей и подростков, ухудшились и другие основные показатели. Угрожаемые контингенты стали основным источником заболеваемости туберкулезом, особенно среди эмигрантов, лиц вернувшихся из ЛТП. Из группы риска в 1991 г. зарегистрировано 47% вновь выявленных больных. Особенно неблагоприятная ситуация по туберкулезу сложилась в Столинском, Лунинецком, Пинском районах, пострадавших в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС.

Распад Советского Союза повлиял на эпидемиологию туберкулеза, вызвал рост миграции населения, массовые отказы от РФО, ухудшилось материальное состояние населения, ограничили денежные ассигнования для приобретения медикаментов, замены устаревшего оборудования.

В составе больных значительное место занимают лица с асоциальным поведением, страдающих хроническим алкоголизмом и наркоманией, вернувшихся из ИТУ, ставились вопросы об организации стационаров для принудительного лечения и создания больниц особого режима.

В создавшейся обстановке фтизиатры изыскивали новые методы работы, рационально использовали имеющиеся резервы для более полноценного проведения противотуберкулезных мероприятий в соответствии с требованиями времени. Ужесточились требования к руководителям всех уровней здравоохранения за проведение противотуберкулезных мероприятий.

В данной обстановке ситуация по туберкулезу продолжала ухудшаться до 1999 г., заболеваемость туберкулезом выросла с 29,0 в 1990 г. до 50,2 в 1999 г., смертность с 3,6 до 6,4. Ухудшились эти показатели и в крупных городах. Однако эффективность лечения вновь выявленных больных не ухудшилась, стабилизировалось количество рецидивов, почти вдвое уменьшился удельный вес хронических форм туберкулеза среди контингентов. В 1993 г. костно-суставной туберкулез вновь переместился на первое место после легочного. Удельный вес его составил 50%, мочевого - 34,2%.

На последнем этапе (2000-2009 гг.) и до 2014 года в результате принятых мер обстановка по туберкулезу начала стабилизироваться, Улучшились показатели, снизились заболеваемость и смертность населения от туберкулеза.

В феврале 2002 г. назначается на должность главврача облтубдиспансера Дейкало Виктор Константинович. Министерством здравоохранения принимаются энергичные меры по реформированию всего здравоохранения, в том числе и фтизиатрической службы. В полном объеме обеспечивалась централизованная поставка противотуберкулезных препаратов, приобретено необходимое оборудование, закуплена флюорографическая техника. К началу 2014 г. область стала располагать 32 стационарными флюорографами "Пульмоскан" и 15 передвижными "Пульмоэкспресс". Фтизиатрическая служба сохранила кадры в ОТД, городах и районах области, пополнилась молодыми специалистами. Произведена реструктуризация коечного фонда, внедрены новые схемы лечения впервые выявленных, рецидивов и больных с МЛУ к антибактериальным препаратам.

Проведена реформа бактериологической службы, за счет глобального фонда закуплено необходимое оборудование, внедрены новые

ускоренные методы исследования на МТБ - "Bactek", на молекулярно - генетическом уровне Хайн - Тест, Джейн-Эксперт.

С 2002 г. область приняла к руководству программу DOTS которая широко внедрена в большинстве стран мира. В октябре 2008 г. проведена работа по включению в проект 4-х крупных городов: Брест, Барановичи, Пинск, Кобрин для реализации Проекта ПРООН. В рамках этого проекта баклаборатории области оснащены необходимым оборудованием, реактивами, субсидированы средства для закупки противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда для проведения контролируемой терапии на всех этапах лечения.

Ситуация по туберкулезу с 2000 г. стала улучшаться, снизилась заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения с 50,2 в 1999 г. до 37,0 в 2013 г., смертность с 6,4 до 5,4, но не достигнуты уровня 1990 года.

В настоящее время противотуберкулезная служба располагает необходимой материальной базой: рентгенодиагностическим оборудованием, парком флюорографических установок, укрупненной стационарной базой, фтизиатрическими кадрами для решения поставленных перед фтизиатрической службой задач.

Денисов С.Д.

А. П. САМАРИН – ЗАБЫТОЕ ИМЯ В ИСТОРИИ ИЗУЧЕНИЯ ФАСЦИЙ ШЕИ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Беларусь*

В соответствии с законодательством о реабилитации жертв политических репрессий реабилитированные лица восстанавливаются в утраченных ими в связи с репрессиями социально-политических и гражданских правах. Для репрессированных ученых важная область права, требующая восстановления, это авторское право на результаты их научной деятельности. При этом не всегда требуется судебное решение по восстановлению авторского права. Часто достаточно восстановить забытое имя в среде коллег-профессионалов и отдать должное заслугам ученого.

Один из многочисленных ученых-анатомов, репрессированных и забытых – профессор Андрей Петрович Самарин – автор фундаментального исследования о строении фасций шеи. Его докторская диссертация «Исследование фасций и соединительнотканых промежутков шеи», защищенная и опубликованная в 1912 году, по масштабу исследования истории учения о соединительнотканых образованиях и промежутках на шее, по объему материала (около 100 трупов), методикам и результатам не имеет себе равных[1].

Андрей Петрович Самарин – профессор- анатом, родился в 1874 г., умер не ранее 1925 г. Его судьба трагична, как и судьбы многих представителей инакомыслящей интеллигенции, репрессированных по политическим мотивам в 20-х годах 20 века. В числе сосланных в «места не столь отдаленные» был и А.П. Самарин [2].

А.П. Самарин – ученик Николая Константиновича Лысенкова, автора популярного и в наше время учебника анатомии. Именно Н.К. Лысенков, в те времена директор Института топографической анатомии и оперативной хирургии Императорского Новороссийского университета (Одесса) предложил А.П. Самарину тему докторской диссертации, а в последующем всегда ссылался на своего ученика при описании фасций шеи.

Во всех четырех авторских изданиях учебника по анатомии Н.К. Лысенкова и В.И. Бушковича, включая четвертое посмертное [3], фасции шеи описаны «по Самарину», включая оригинальный рисунок «Фасции шеи», автором которого является А.П. Самарин. В следующем, пятом авторизованном издании учебника [4] в качестве соавтора и редактора появился М.Г. Привес, который «по поручению Министерства здравоохранения СССР» подготовил к печати переработанную и дополненную рукопись книги. Начиная с этого издания описание фасций шеи «по Самарину» исчезает, и впервые появляется их классификация «по Шевкуненко».

Сам Виктор Николаевич Шевкуненко (1872 -1952) при жизни никогда не претендовал на приоритет в описании и классификации фасций шеи. Более того, в первом издании (1934) учебника «Курс оперативной хирургии с анатомо-топографическими данными» [5] под редакцией В.Н. Шевкуненко фасции шеи представлены «по Самарину». Издание 1951 года повторяет описание фасций шеи «по Самарину», однако имя А.П. Самарина уже не упоминается. Начиная с 1958 года, через шесть лет после смерти В.Н. Шевкуненко (1952), с легкой руки М.Г. Привеса в русскоязычной литературе появилась и живет по настоящее время классификация фасций шеи «по Шевкуненко».

История изучения фасций и межфасциальных пространств шеи крайне сложна и запутана. Чем больше исследователей, особенно анатомов, прикасалось к этой теме, тем больше появлялось противоречий. Классификация фасций шеи, предложенная А.П. Самариным, также не является абсолютно оригинальной. В ней представлен обобщенный опыт исследований многих анатомов 19 века.

Таким образом, на примере А.П. Самарина мы видим, что политические репрессии не только трагически изменяли частную жизнь и судьбу медицинских профессоров, но и предавали забвению их профессиональные достижения. Смысл профессиональной реабилитации профессора А.П. Самарина состоит в памяти о нем и его научных приоритетах, а не в том, чтобы «отменить» классификацию фасций шеи «по Шевкуненко» и вернуть ей имя Самарина. Тем более, что В.Н. Шевкуненко не имеет ни-

какого отношения к присвоению этой классификации своего имени. Классификация «по Шевкуненко» в последующие годы многократно менялась под пером новых авторов. В сложной и запутанной истории с классификацией фасций шеи справедливым будет строгое следование Международной анатомической терминологии, в которой фасции шеи представлены с учетом опыта всех анатомических школ.

Литература

1. Самарин, А.П. исследование фасций и соединительнотканых промежуток шеи : дис. ... д-ра мед. наук / А.П. Самарин. – Одесса, 1912. – 249[2] с.
2. Васильев, К.К. «Модель Семашко». К воспоминаниям профессора Самуила Борисовича Дубровинского (1885 – 1975) об организаторе здравоохранения и социальном гигиенисте Н.А. Семашко и его соратниках – З.П. Соловьеве и А.Н. Сысине / К.К. Васильев // Сумский історико-арх. журн. – 2011. – № XIV-XV. – С. 43–52.
3. Лысенков, Н.К. Учебник нормальной анатомии человека : для мед. вузов / Н.К. Лысенков, В.И. Бушкович. – 4-е изд.- М., 1943.
4. Лысенков, Н.К. Учебник нормальной анатомии человека : для мед. вузов / Н.К. Лысенков, В.И. Бушкович, М.Г. Привес ; под общ. ред. М.Г. Привеса. – 5-е изд., перераб. и доп. – Л. : Медгиз, 1958. – 784 с.
5. Курс оперативной хирургии с анатомо-топографическими данными: для врачей и студентов. Т.2 : Шея и грудь / под ред. проф. В.Н. Шевкуненко. – М. : Биомедгиз, 1934. – 419 с.

Дорошевич В.И., Ширко Д.И.

РАЗВИТИЕ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ НАКАНУНЕ И В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Беларусь*

Медицинское обеспечение армии начало осуществляться с 1716 г. По уставу Петра I в штат каждой дивизии вводится один доктор штаб-лекарь, полка - лекарь, роты - цирюльник. В дальнейшем количество врачей в армии постепенно увеличивается, однако вплоть до 1779 г. они занимались исключительно лечебным делом. Попечение о быте солдат возлагалось на командиров.

В 1786 г. появляется первое русское руководство по военной гигиене военно-морского врача А. Бахерахта (1724 - 1806). В этом руководстве сформулированы основные требования к условиям жизни военнослужащих: "...добрый покой, добрая пища, свежий и сухой воздух, достаточная одежда, телесным силам соразмерное движение и работа, довольное отдохновение ночью, удаление от пьянства. Поддержание такого порядка должно быть неотлагательное в начатии, усердное и непрерывное".

В 1797 г. на врачей был возложен медико-полицейский надзор за доброкачественностью съестных припасов, состоянием казарменных помещений и общим санитарным состоянием войск. Большое внимание гигиеническим вопросам в армии уделял великий русский полководец А.В. Суворов. Из 7 условий победы, перечисленных в "Науке побеждать", три относятся к состоянию здоровья солдата (чистота, здоровье, опрятность). "Иметь ежевременное попечение о соблюдении паче здоровья здоровых" - приказывал он своим подчиненным.

Санитарный надзор за питанием и водоснабжением войск возник гораздо раньше гражданского, как в эмпирическом, так и в научном и лабораторно-инструментальном исполнении. Контроль за питанием войск в русской армии впервые был введен в конце XVIII века Павлом I, который обязал военных врачей наблюдать за санитарным состоянием войск и питанием низших чинов. Уже в 1888 г. в трех военных округах (Петербургском, Харьковском и Одесском) формировались подвижные гигиенические лаборатории на лагерный период.

В 1895 г. при окружных военных госпиталях создаются постоянные химико-гигиенические и бактериологические лаборатории. В русско-японскую войну (1904-1905) в действующей армии вводятся должности врачей-гигиенистов (по две на каждую армию) и организуются 5 летучих санитарно-эпидемиологических отрядов. В результате чего резко снизилась заболеваемость авитаминозами и инфекционными болезнями. Названная заболеваемость в русско-японскую войну составляла всего 52 человека на 1000 личного состава. В русско-турецкой войне (1877-1878) достигала 382 человека на 1000. Учитывая этот опыт, после войны походные гигиенические лаборатории были введены в каждую дивизию и госпитали, обеспечивающие части. Одной из задач этих лабораторий было проводить медицинский контроль состояния пищи и питания, предупреждать пищевые расстройства.

Во время первой мировой войны в каждом корпусе предусматривался санитарно-гигиенический отряд с лабораторией, а в частях и учреждениях, не входящих в корпуса – летучие санитарно-дезинфекционные отряды (приказ Военного министерства № 520, изданный в 1913 г.). Однако эти отряды и лаборатории не имели единого управления. Формированием их занимались не государственные органы, а общественные организации, такие, как Всероссийский земский союз городов, Красный Крест и другие. Все это сказывалось на структуре санитарных потерь. По далеко не полным данным, число раненых и контуженых с 1914 по 1920 г. составляло 3748669 человек, пораженных отравляющими веществами – 65158 человек, тогда как число заболевших превысило 5 млн. человек, из которых большинство было инфекционных, заразившихся через недоброкачественную воду и пищу, а также больных авитаминозами. Количество

заболевших цингой за время войны составило 362756 человек, из них умерло 0,2 %.

Огромные масштабы войны, вызвавшей мобилизацию многомиллионной армии, потребовали от медицинской службы четкой организации оздоровительных мероприятий и соответствующего потребностям войны санитарно-технического оснащения. Впервые в истории войн были широко использованы в качестве табельных средств медицинской службы подвижные гигиенические, бактериологические и другие лаборатории.

Истощение продовольственных ресурсов воюющих стран вынудило пересмотреть нормы питания полевых войск и запасных формирований. На довольствие войск было введено много новых пищевых продуктов (чечевица, соя, новые виды жиров). В большой и важной работе по пересмотру рационов и апробации новых пищевых продуктов огромную помощь оказали и гигиенисты [2].

Полевое водоснабжение войск в годы Первой мировой войны было сложной проблемой, особенно в первые два года войны, когда появились массовые кишечные инфекции (холера, брюшной тиф). Понадобилась срочная, с участием гигиенистов, разработка и внедрение в практику методов очистки и обеззараживания воды, а также организация санитарного надзора за работой очистных установок.

Появление на поле боя нового вида оружия – боевых отравляющих веществ (ОВ) поставило ряд новых санитарных вопросов: разработка гигиенических нормативов для противохимических убежищ; проблема индикации ОВ в воде и пищевых продуктах; разработка методов и средств защиты источников воды и запасов продовольствия от заражения их ОВ; проблема дегазации воды и пищи; организация санитарной обработки личного состава в случае применения противником стойких ОВ.

Передвижение огромного количества людей в сторону фронта (пополнение) и обратно (пленные, беженцы), благоприятствующее развитию и распространению инфекционных болезней по путям сообщения, требовало четкой организации санитарного обслуживания движущихся контингентов, своевременного обнаружения и изоляции заболевших. Для санитарной обработки людских потоков, следующих по дорогам, была создана сеть изоляционно-пропускных пунктов и банно-дезинфекционных установок. Работе этих учреждений войска фронта и тыловые районы обязаны относительным эпидемиологическим благополучием в годы Первой мировой войны [1].

Первая мировая война дала мощный толчок развитию военной гигиены на кафедре гигиены медико-хирургической академии, которую возглавлял В.А. Левашов. В условиях эпидемического неблагополучия дореволюционной России, постоянных и практически не прекращавшихся вспышек эпидемий основные научные интересы В. А. Левашова были связаны с проблемой дезинфекции, ее различными способами, действием

разнообразных дезинфекционных средств и аппаратуры. Дезинфекция стала темой почти половины докторских диссертаций, вышедших из кафедры и темой почти 80 % остальных научно-исследовательских работ. Он разработал систему организации дезинфекционной службы в городах России, реализованную позже его учениками, организовал и руководил городской дезинфекционной станцией, создал школу подготовки специалистов дезинфекционного дела из военных врачей и слушателей академии, городских и земских врачей.

Наряду с научной разработкой актуальных для нужд действующей армии гигиенических проблем, продолжая традиции доброславинской школы, В. А. Левашов занимался рядом других вопросов гигиены. Им изучались газообмен у человека, сырость жилищ, минерализация городских отходов путем сжигания, очистка канализационных вод, проводилась экспертиза пищевых продуктов. Он впервые обратил внимание на влажность воздуха и сырость жилищ как важнейший показатель теплового состояния внешней среды.

В.А. Левашов внес много нового в учебный процесс, придал обязательным практическим занятиям экспериментальный характер. Слушатели охотно занимались аналитическими работами. Кафедра впервые стала проводить занятия экскурсионного типа на различных коммунально-бытовых объектах и в санитарных учреждениях Санкт-Петербурга. При кафедре им был организован учебный музей. В. А. Левашов добился возобновления преподавания на кафедре с 1914 года медицинской статистики (доцентский курс), которая читалась в академии лишь с 1889 по 1895 год.

Литература:

1. Кротков Ф. Г. Гигиена военная. Энциклопедический словарь военной медицины / Ф. Г. Кротков. – М.: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1946. – Т. 1. – С. 1199-1216.
2. Лизунов Ю.В. История гигиены в Военно-медицинской (Медико-хирургической) академии / Ю.В. Лизунов, Л.П. Терентьев. – СПб: Знание, 2007. – 308 с.

Драньков Э.В.

СТАНОВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ ПРИ ИК-12 (г. ОРША) В ПОСЛЕВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Медицинская часть ИК-12, Орша, Беларусь

Уголовно-исполнительная система – это обязательная часть любого государства, имеющая свою многовековую историю. В разные периоды развития общественного строя она несла в себе одни и те же функции:

лишение свободы (изоляция) и приведение в исполнение наказания (карательная). Необходимость в тюрьмах будет существовать и в будущем. [1]

У законопослушных граждан понятие «тюрьма» связано с негативными ассоциациями и это естественно. Однако, для лиц с криминальной направленностью, пребывание в данных учреждениях является привычной и неотъемлемой частью их жизни. В силу определенной специфичности этих граждан и бытовых условий проживания, данная категория лиц подвержена высокой болезненности. Поэтому существует категория медицинских работников, для которых тюрьма – это место работы. [1,3]

Для написания статьи использовались сохранившиеся документы Оршанской пересыльной тюрьме за период 1944-1948 г.г. При изучении документов того времени видно, что медицинское обеспечение в данном учреждении очень тесно переплеталось с другими службами: надзирательной, административно-хозяйственной, бухгалтерской, производственной, службой сопровождения этапов и другими. Медицинская помощь в Оршанском пересыльном пункте оказывалась не только заключенным, работающим на производстве или в хозяйственном обеспечении, но и этаплируемому спецконтингенту. На командировку сотрудникам группы этапного сопровождения выделялось порой по 2-3 месяца.[2] Перед каждым этапом формировалась группа сопровождения и издавался соответствующий приказ:

Приказ № 46 от 22 мая 1947 года «Для сопровождения эшелона СК с назначением ст. Комсомольск Дальне-Восточной железной дороги, назначаю:

1. помощником начальника эшелона по снабжению – начальника этапной группы старшего лей-та т.Окунева Ф.В.,

2. фельдшером этапной группы – старшего лей-та т. Цейтлину Басю Семеновну,

3. медсестрой эшелона – медсестру этапной группы т. Коробкову Т.Н.

4. кладовщиком эшелона – кладовщика этапной группы т. Шакурова Л.П.» [2].

Этапирование осужденных осуществлялось по разным направлениям - Архангельск, Соликамск, Пермь, Кировск, Томск, Коми АССР и другие отдаленные места. К сожалению, из-за недостаточной обеспеченности теплым обмундированием и медицинским обслуживанием при столь длительных переездах не все заключенные добирались до места назначения. Так имеются данные, что при этапировании 1540 заключенных на станцию Находка (СЕВВОСТЛАГ) умерло 6 человек и 277 прибыли больными [2].

Мы не располагаем информацией о штатной структуре медицинской части того времени, отмечалась большая «текучесть» кадров. Одна-

ко, с полной уверенностью можно сказать, что почти все медицинские работники были женщинами.

Очень интересен поздравительный текст в приказе к 8 марта 1948 года.

Приказ №166 от 8 марта 1948 года:

«Международный день 8 марта трудящиеся нашей страны встречают в этом году в обстановке мощного политического и трудового подъема (выделено автором статьи). Советский народ успешно выполнил план первых двух лет после военной пятилетки и широко развернул социалистическое соревнование за выполнение 5-ти летки в 4 года.

Под руководством коммунистической партии Советские женщины вместе со всем народом отдают все свои силы на строительство коммунистического общества. Коммунистическая партия и советская власть осуществили полное политическое и экономическое равноправие женщин, вовлекли миллионы тружениц в строительство первого в мире Социалистического государства. В условиях Советского общественного строя женщины получили возможность всестороннего развития своих способностей и творческих сил (выделено автором статьи).

В нашем коллективе, как и во всем Советском Союзе, женщины занимают в работе большое место в выполнении поставленных перед нами задач.

Объявляю благодарность с занесением в личное дело женщинам нашего коллектива, показавшим трудовую и производственную преданность (выделено автором статьи) и честное отношение к выполненным ими работам» [2].

Профессия медицинского работника ко многому обязывает и поэтому когда ставится вопрос «жизни или смерти», то статус человека имеет второстепенную роль. Будучи по профессии медицинскими работниками, заключенные активно помогали в работе медицинской части:

- Приказ №2 от 1 апреля 1945 года « В конце января 1945 года на Пересыльном Пункте появились случаи сыпного тифа, завезенные из различных тюрем. Благодаря принятым энергичным мерам по ликвидации вспышки сыпного тифа, дальнейшее распространение заболевания сыпным тифом было прекращено. Исключительно большая работа была проведена санчастью Пересыльного Пункта, в том числе заключенными медицинскими работниками. Принимая во внимание, что проведенная работа имеет важное государственное значение, объявить благодарность с занесением в личное дело следующим особо отличившимся заключенным медицинским работникам:

1. Врачу з/к Ульяпицкому Н.Я.
2. Фельдшеру з/к Харламовой
3. Фельдшеру з/к Князевой
4. Фельдшеру з/к Лютестанскому

5. банщику Бондарю

6. дезинфектору Китаеву

Настоящий приказ объявить всем заключенным»[2].

Хотелось особенно отметить про служебную дисциплину и меру ответственности того периода отраженную в соответствующих приказах:

- «считать уволенным как отданного под суд за прогул...»;

- «считать уволенным в связи с арестом....»

-«исключить из личного состава как дезертира производства...» [2].

Были и эмоционально-окрашенные приказы вызывающие улыбку:

«...несмотря на ряд предупреждений и напоминаний зав.столовой тов. Урванцеву моим заместителем м-ром Синяковым об устранении отмеченных ряд ненормальностей на кухне (выделено автором статьи), тов. Урванцев для себя не сделал соответствующего вывода и предпоследнее предупреждение приказом (выделено автором статьи) о несоответствии служебного положения, так же не реагирует. Такое состояние, которое обнаружено мною больше терпимо быть не может (выделено автором статьи). Приказываю...»[2].

Вся организация жизнеобеспечения на пересыльном пункте усложнялась тем, что среди заключенных были как мужчины, так и женщины, и сама жизнь, во всех ее проявлениях, документально отражалась в приказах. Поступки людей носили рискованно-авантюрный характер. Все участники происшедшего случая, по законам того времени, могли иметь самые печальные последствия для себя, хотя сегодня этот эпизод вызывает усмешку:

- Приказ №110 от 29 октября 1945 года «В 2 часа ночи, с 24-го на 25-е октября с/г будучи на посту надзиратель К...ва по просьбе помощника заведующего продовольственным складом з/к Х...ва с целью сожительства выпустил из камеры №2 з/к Н...ну осужденную по ст.63 к 15 годам каторжных работ. Поступок надзирателя К...вы рассматриваю, как злоупотребление своим служебным положением, явно нарушил Приказ №00458 НКВД СССР. Приказываю: надзирателя К...ва арестовать на 5 суток(!) с исполнением служебных обязанностей и удержанием из зарплаты 50% (выделено автором статьи)» [2].

Сегодня ИК-12 является учреждением, выполняющим несколько функций.

Первая - на территории колонии находится Республиканская больница для лечения осужденных больных туберкулезом, которая является координационным центром в борьбе с туберкулезом. В данном лечебном учреждении работает – 164сотрудника, из них 52 врача,среднего медперсонала – 95 человек.[3]

Вторая - учреждение является исправительной колонией, где с осужденными проводится психолого-воспитательная работа по формиро-

ванию у них навыков и умений, необходимых для положительной адаптации в обществе и законопослушном образе жизни после освобождения.

Третья - за стенами колонии находится промышленно-производственная предприятие РУП «ИК-12 – ВАЛ», выпускающая продукцию для народного хозяйства и сотрудничает на протяжении многих лет с такими гигантами как «МАЗ», «МТЗ», «СЕЛЬМАШ».

Литература:

1. История исправительно-трудовых учреждений Беларуси. Мн., 1999.
2. Папки приказов по Оршанскому пересыльному пункту за период 1944-1948 г.г.
3. Драньков Э.В., Кулак Ю.Е. Организация лечебного процесса в Республиканской больнице ИК-12 УДИН МВД Республики Беларусь по Витебской области. // Матер. 2-й республиканской науч.-практ. конференц. посвященной 50-летию Республ. б-цы ИК-12 УДИН МВД Республики Беларусь. Актуальные проблемы туберкулеза в учреждениях УИС / Сб. ст.- Орша, 2007.-С.13-19.

Егорышева И.В.

ПЕРВЫЕ ШАГИ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

ФБГУ Национальный НИИ общественного здоровья, Москва, Россия

Становление советского здравоохранения происходило в тяжелейших условиях гражданской войны. Война нанесла огромный ущерб аптечному хозяйству и фармацевтической промышленности России. Производство фармацевтических товаров в России резко сократилось. Страна находилась в блокаде, и в результате полностью был прекращен ввоз медикаментов из-за рубежа.

Созданный летом 1918 г. Народный комиссариат здравоохранения (Наркомздрав) РСФСР поставил задачу объединения всех видов и форм медицины в стране, предстояло также согласовать лекарственное обеспечение с провозглашенными принципами бесплатной медицины.

Первые шаги организации лекарственной помощи были направлены на централизацию и сосредоточение медикаментозного снабжения в руках государства. 28 декабря 1918 г. за подписью В.И.Ленина был издан декрет о национализации аптек со всеми запасами, лабораториями и складами. Национализированные аптечные предприятия поступали в ведение Фармацевтического отдела Наркомздрава. Владельцы национализированных аптек обязаны были оставаться на местах и принимать меры для правильного функционирования аптек. В дальнейшем им разрешено было работать в аптеках в качестве служащих. Непосредственное руководство

аптеками и аптечными предприятиями было передано местным фармацевтическим подотделам.

На протяжении второй половины 1918 и 1919 гг. Наркомздравом производилась концентрация всевозможных лечебных средств в единых для каждой губернии аптечных складах и лабораториях, откуда затем производилось снабжение аптек медикаментами. Для обеспечения нормального функционирования аптечных предприятий были разработаны многочисленные инструкции: о порядке выдачи лекарств и спирта для медико-санитарных нужд, порядке хранения и отпуска наркотиков, образцы документации и т.д. Специальным распоряжением упорядочивалось снабжение медикаментами лечебных учреждений в пределах губерний (25 марта 1920 г.).

В циркуляре от 5 апреля 1919 г. за подписью Н.А.Семашко «О платном и бесплатном отпуске лекарств», адресованном фармацевтическим подотделам, разъяснялось, что в силу тяжелого экономического положения страны планировавшийся ранее бесплатный отпуск лекарств не может быть реализован в ближайшее время.

В условиях острейшего дефицита лекарств Наркомздрав разработал нормы их ручной выдачи. Так, в распоряжении от 30 сентября 1919 г. говорилось о том, что одному лицу разрешалось выдавать не более одной упаковки каждого препарата. Горчичники выдавались не более трех штук. Из-за дефицита аптечного стекла разрешалось использовать аптечную посуду покупателей, ранее бывшую в употреблении. На протяжении 1918-1920 гг. потребность в лекарственном обеспечении, по данным Наркомздрава, удовлетворялась не более, чем на 5-6%. В ходе гражданской войны часто возникала необходимость переброски специальных фондов лекарственных средств в регионы, где наиболее остро проявлялись вспышки эпидемий.

В 1918 г. на базе национализированных предприятий при Высшем совете народного хозяйства РСФСР было создано специальное объединение «Фармцентр».

Фактически производство химико-фармацевтической продукции внутри страны сосредоточивалось в созданном Главном управлении химико-фармацевтической промышленности, объединившем 62 мелких предприятий, на которых работало около 5 тысяч человек, и, в первую очередь, заводы Московской губернии. Однако эти предприятия не в состоянии были удовлетворить запросы Наркомздрава не только в количественном отношении, но и в производстве наиболее употребляемых препаратов, как иод, иодистые и бромистые соли, алкалоиды, препараты органического порядка. Предприятия Московской губернии производили салициловые препараты, алкалоиды опия (морфий и кодеин), некоторые минеральные соли и галеновые препараты. 25 марта 1920 г. был издан

циркуляр об организации лабораторий и фасовочных предприятий в губерниях.

В 1919 и 1921 гг. были созваны Всероссийские съезды аптечных работников, на которых рассматривались актуальные вопросы лекарственного обеспечения страны: принципы создания нормальной сети аптек, организации фармацевтического образования, подготовки специалистов для химико-фармацевтической промышленности и др. Компетентные рекомендации участников съездов помогли дальнейшему развитию лекарственного обеспечения страны.

В 1921 г. произошел перелом в лекарственном обеспечении в результате частичного прорыва блокады. Государство ассигновало золотой кредит на закупку за рубежом лекарственных средств. С прекращением гражданской войны в стране началось восстановление аптечной сети и фармацевтического производства.

***Ершова-Павлова А.А., Хмель Р.Д., Лазаревич А.А.,
Карпенко Г.А., Рагимова Н.И., Прибушения О.В., Зацепин О.И.,
Колосов С.В., Лазюк Г.И., Наумчик И.В.***

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
Минск, Беларусь*

В последние годы в мире лидирующее положение среди причин мертворождаемости, младенческой и ранней детской заболеваемости, инвалидности и смертности занимают наследственные и врожденные заболевания (НВЗ), представляющие существенную медицинскую и социальную проблему. В условиях повышенного внимания, уделяемого состоянию демографической безопасности, одной из важнейших задач современного здравоохранения является разработка эффективных мер профилактики рождения детей с такой патологией. Частота рождения детей с врожденными пороками развития (ВПР) служит информативным показателем распространенности в популяции НВЗ. Учитывая повсеместный рост, а также экзависимость аномалий развития, во многих странах созданы регистры с целью изучения частот и динамики ВПР, например, система EUROCAT, включающая в себя 39 регистров ВПР из 19 европейских стран.

В Беларуси мониторинг ВПР осуществляется в рамках Белорусского регистра ВПР (БР ВПР), созданного в 1979 г. в НИИ наследственных и врожденных заболеваний (НИИ НиВЗ), ныне Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (РНПЦ «Мать и дитя»). БР ВПР – си-

стема популяционного мониторинга ВПР, охватывающая все население республики и являющаяся уникальной по широте охвата контролируемых территорий и количеству анализируемых рождений. В мировой практике аналогичные национальные регистры имеются лишь в Венгрии, Швеции и Финляндии.

Для регистрации в рамках созданной системы мониторинга исходно были определены 9 наиболее часто встречающихся форм ВПР. Это, так называемые ВПР «строгого учета», легко и однозначно диагностируемые в неонатальном периоде и представленные анэнцефалией, спинномозговой грыжей, расщелиной губы/неба, полидактилией, редукционными пороками конечностей, атрезией пищевода, атрезией ануса, синдромом Дауна, множественными ВПР. Регистрации подлежали аномалии, выявленные у живо- и мертворожденных детей до выписки из родовспомогательных учреждений. На каждого ребенка с ВПР заполнялось извещение, содержащее паспортные данные и основную клиническую информацию. Извещения высылались почтой в НИИ НВЗ. Информация, предоставленная на бумажных носителях, подразумевала ручную обработку данных. Предложенная система позволила осуществлять постоянный популяционный генетический мониторинг частот и динамики ВПР, оценивать влияние неблагоприятных факторов среды на организм человека. В частности, база данных БР ВПР послужила основой для изучения последствий Чернобыльской катастрофы на население Беларуси. Исследования, проведенные в 1991-2003 гг., позволили установить: значительно возросший уровень хромосомных aberrаций у беременных и их потомства, находившихся в зонах высокого загрязнения радионуклидами в 1986-1988 годах, а также значительный трехлетний подъем частоты нарушений эмбрионального развития, проявившийся увеличением частот ВПР у социальных абортусов, плодов и новорожденных [1, 2]; январский пик рождения детей с синдромом Дауна у женщин, находившихся 26-30 апреля 1986 г. в зонах максимального радиационного облучения [3].

В 1991 г. с целью предупреждения рождения детей с НВЗ в практику здравоохранения была внедрена программа пренатального скрининга беременных. В системе БР ВПР началась регистрация плодов, абортированных по генетическим показаниям, что позволило осуществлять оценку эффективности пренатальной диагностики и снижения частоты рождения детей с ВПР за счет скрининга беременных. В этом же году была разработана и внедрена первая компьютерная программа ведения базы данных БР ВПР.

С 1994 г. была начата регистрация всех нозологических форм ВПР, диагностируемых в перинатальном периоде, что потребовало разработки новой формы извещения и существенной модернизации компьютерной программы БР ВПР. Такая усовершенствованная компьютерная программа была внедрена во всех областных медико-генетических центрах рес-

публики и с 1995 года сбор сведений, а также ввод информации в компьютер производится по региональному принципу. Информация в электронном виде передается в РНПЦ «Мать и дитя», где осуществляется углубленный анализ частот и динамики ВПР в масштабах республики.

В 2006 г. была осуществлена очередная существенная модернизация программного обеспечения БР ВПР, используемая до настоящего времени. Усовершенствованная программа ведения и анализа базы данных БР ВПР предназначена для использования на персональных ЭВМ под управлением операционной системы Windows. Для хранения информации применен формат mdb, что позволяет проводить анализ накопленных сведений с помощью современных систем управления базами данных (MS Access 97 и выше). Для обеспечения возможности использования сведений, накопленных за предыдущие десятилетия, осуществлен перевод информации в новый формат базы данных. С целью кодирования сведений применен классификатор ВПР, разработанный на основе расширенной версии Международной классификации болезней – МКБ-10, которая рекомендована для использования при мониторинге ВПР международной системой EUROCAT. Для географического сопоставления применен территориальный справочник, позволяющий кодировать место жительства пробанда. Разработана эффективная система верификации вводимой информации, позволяющая контролировать дублирование вводимых сведений [4]. Переработана форма извещения о случаях ВПР, в котором существенно расширен список сведений, собираемых в рамках системы мониторинга. Добавлены данные о проведенном пренатальном обследовании и его результатах, что в значительной степени повышает возможности регистра в отношении анализа эффективности и качества дородовой диагностики ВПР [5]. Усовершенствованы возможности БР ВПР по выявлению новых мутагенов и тератогенов, по изучению этиологии ВПР за счет сбора сведений о воздействии на мать и плод негативных средовых и эндогенных факторов физической, химической и биологической природы во время беременности и непосредственно перед ней, о профессиональных вредностях родителей и др. Сбор информации о случаях ВПР в республике осуществляется согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О совершенствовании учета врожденных аномалий (пороков развития) у ребенка (плода)» (№ 1172 от 01.11.2010 г.), в соответствии с которым регистрации подлежат все случаи аномалий развития, выявленные: у детей до года; у детей, умерших до года; у мертворожденных; у плодов, абортированных по генетическим показаниям.

Таким образом, для учета и анализа данных о количестве и популяционной частоте ВПР в Беларуси разработана компьютеризированная система мониторинга, которая постоянно совершенствуется в зависимости от поставленных задач. За 35 лет непрерывного функционирования БР ВПР собрана уникальная компьютеризированная база данных, позволяю-

щая решать многие насущные проблемы здравоохранения: следить за динамикой частот ВПР в регионах и республике в целом; выявлять возможные мутагены и тератогены; разрабатывать комплексные профилактические мероприятия и оценивать их эффективность; обеспечивать необходимой информацией специалистов в области здравоохранения; предоставлять сведения населению об изменении частот ВПР и возможных факторах риска. Информационная база БР ВПР создает необходимые предпосылки для изучения многих аспектов нарушений эмбрионального развития, в том числе этиологии ВПР.

Литература:

1. Lazjuk G., Kirilova I., Nikolaev D., Novikova I., Fomina Z., Khmel R. Frequency changes of inherited anomalies in the republic of Belarus after the Chernobyl accident // Rad.Prot.Dosimetry. - 1995. - V.62, N1/2. - P.71-74.
2. Lazjuk G., Verger P., Gargniere B., Robert E., Zatsepin I.O., Kravchuk Z., Khmel R. The congenital anomalies registry in Belarus: a tool for assessing the public health of the Chernobyl accident. – Reprod.Toxicol., 2003.-N 17. –p.659-666.
3. Lazjuk G., Zatsepin I., Verger P., Gargniere B., Robert E., Khmel R. Cluster of Down's syndrome cases registered in January of 1987 in Republik of Belarus as a possible cobsequence of Chernobyl accident // Int.J.Rad.Med. - Kiev. - 2003. - V6. - N 1-4. - P.55-69.
4. Зацепин И.О., Хмель Р.Д., Наумчик И.В., Ильина Е.Г., Ершова-Павлова А.А. Учет и анализ сведений в системе Белорусского регистра врожденных пороков развития. Инструкция по применению // Мн. - 2009. - 12 с.
5. Наумчик И.В., Прибушения О.В., Ершова-Павлова А.А., Хмель Р.Д., Зацепин И.О. Первичная профилактика наиболее распространенных врожденных пороков развития в Республике Беларусь. Инструкция по применению // Мн. - 2011. - 8 с.

Загородный Г.М., Лосицкий Е.А., Леонова Н.С.

ИСТОРИЯ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

*ГУО «Белорусская медицинская последипломного образования», Минск,
Беларусь*

Служба спортивной медицины нашей страны начинает свою деятельность с 1 января 1948 г., когда согласно Распоряжения Совета Министров Белорусской ССР №1732-р от 10 декабря 1947 г. Министерством здравоохранения организован на базе 1-ой клинической больницы г. Минска первый в Белоруссии республиканский кабинет медицинского контроля и лечебной физкультуры.

Приказом Министра Здравоохранения Белорусской ССР №140 от 24.04. 1950 г. республиканский кабинет лечебной физкультуры переименован в Республиканский врачебно-физкультурный диспансер со штатом

из 15 сотрудников. В декабре 1958 г. приказом №74 Министерства здравоохранения СССР объединены Республиканский и Минский городской врачебно-физкультурные диспансеры.

В 1961 г. на базе диспансера открыт кабинет врачебного контроля за детьми и подростками, занимающимися спортом. В 1962 г. открыто отделение врачебного контроля за взрослым населением. С 1967г. в Республиканском врачебно – физкультурном диспансере начал работать кабинет функциональной диагностики, преобразованный позднее в отделение. С 1968г. функционирует отделение врачебного контроля за сборными командами.

Постепенно расширяясь, Республиканский врачебно-физкультурный диспансер набирал силу и стал одним из лучших диспансеров бывшего СССР и организационно – методическим центром по вопросам спортивной медицины и ЛФК в республике. Белоруссия явилась инициатором организации физкультурно – оздоровительной работы среди населения, создания физкультурно – оздоровительных комбинатов (ФОКов), групп «Здоровья», атлетической и ритмической гимнастики. Республиканский врачебно-физкультурный диспансер неоднократно награждался почетными грамотами за эту работу.

В 1996 г. Распоряжением Президента Республики Беларусь №221р от 10.11.95г. «О передаче Республиканского и областных диспансеров медицинской реабилитации и спортивной медицины в ведение Министерства спорта и туризма Республики Беларусь» Республиканский диспансер стал диспансером спортивной медицины.

В целях выполнения Государственной программы развития физической культуры и спорта в Республике Беларусь на 2003-2006 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 26 февраля 2003 г. № 254, Республиканский диспансер спортивной медицины переименован в Республиканский центр спортивной медицины. Решением Мингорисполкома от 3 июня 2004 г. № 1095 зарегистрировано лечебно-профилактическое учреждение «Республиканский центр спортивной медицины».

Приказом Министерства спорта и туризма Республики Беларусь от 22 января 2009г. № 51 лечебно-профилактическое учреждение «Республиканский центр спортивной медицины» переименован и зарегистрирован в главном управлении юстиции Мингорисполкома как государственное учреждение «Республиканский центр спортивной медицины».

Цель РЦСМ заключается в содействии повышению спортивных результатов спортсменов национальных и сборных команд Республики Беларусь по видам спорта, эффективному использованию средств физической культуры для укрепления здоровья населения республики. РЦСМ располагает следующей амбулаторно-клинической базой: отделения спортивной медицины, детской спортивной медицины, врачебного кон-

троля населения, занимающегося физической культурой и спортом, реабилитации; консультативно-диагностическое отделение; дневной стационар; клинико-биохимическая лаборатория; антидопинговый отдел; передвижная диагностическая лаборатория.

Функционируют кабинеты фармакологической коррекции и внутривенной лазерной терапии, мануальной терапии, электропунктурной диагностики и гомеопатии, медико-восстановительные центры на базе олимпийских спортивных комплексов «Раубичи», «Стайки», республиканского центра олимпийской подготовки по легкой атлетике.

Специалисты РЦСМ используют в своей работе высокотехнологичные методики ударно-волновой терапии на аппаратах «Свисс долорк-ласт»; лимфотерапии на аппаратах «Лимфомат», «Хивамат», «Гидроджет» и др. В клинико-биохимической лаборатории используется гормональный анализатор «Мультискан», биохимический анализатор фирмы Кармэй – Люмен.

Большая работа проводится по врачебному контролю учащихся ДЮСШ, СДЮСШОР, по медико-биологическому обеспечению резерва национальных команд по видам спорта.

В 2013 году Республиканского центра спортивной медицины основной задачей являлось выполнение планов медицинского обеспечения спортсменов национальных и сборных команд по видам спорта в период непосредственной подготовки к XXII зимним Олимпийским играм 2014г. в г. Сочи (РФ), чемпионату мира по хоккею 2014 года; организация медицинского обеспечения участников крупнейших международных соревнований.

Специалистами РЦСМ приняли участие в подготовке и осуществляли медицинское обеспечение участников крупных международных и республиканских спортивных мероприятий. В 2013 г. углубленные и этапные медицинские обследования спортсменов национальных и сборных команд Республики Беларусь по видам спорта прошли 668 спортсменов по 28 видам спорта; углубленные обследования - 20068 спортсменов, из них спортсменов национальных и сборных команд - 3225 человек по 50 видам спорта. Количество посещений врачей в 2013 году составило 305311 (2012г. - 286810), из них врачей спортивной медицины – 103416 (101247).

Продолжено формирование информационной базы данных по вопросам генетического тестирования фармакокинетики ведущих спортсменов национальных команд. Заключение доведены до сведения тренеров-врачей команд и переданы в областные диспансеры спортивной медицины.

Для преемственности в медицинском обеспечении спортсменов национальных команд в период децентрализованной подготовки налажен взаимообмен медицинскими картами с областными диспансерами спортивной медицины по корпоративной компьютерной сети.

На базе отделения спортивной медицины МКСК «Минск-Арена» продолжается внедрение в практику методики повышения общей работоспособности спортсменов с применением тренировочного гемокорригирующего стенда. Проведено 28 нормобарических гипоксических тренировок на выносливость и в режиме восстановления для спортсменов РЦОП по велосипедному спорту и национальной команды по конькобежному спорту.

РЦСМ поддерживает тесные контакты и сотрудничество с учреждениями и организациями Министерства спорта и туризма, Министерством здравоохранения, Национальным олимпийским комитетом, федерациями по видам спорта, Национальной академией наук, специалистами спортивной медицины ближнего и дальнего зарубежья; участвует в работе международных конференций и совещаний.

Особый вклад в развитие спортивной медицины вносит кафедра спортивной медицины и ЛФК БелМАПО, которая организована в апреле 1999 г. Ежегодно около 400 медицинских работников проходят повышение квалификации, переподготовку по специальностям «Спортивная медицина» и «Лечебная физкультура». Лечебно-консультативная помощь оказывается сотрудниками кафедры на базе УЗ «5 ГКБ г.Минска» и РЦСМ. Регулярно по результатам научной работы издаются методические материалы, организационно-методические документы.

Перспективы службы спортивной медицины связаны с формированием Республиканского-центра спорта, формирование которого происходит сейчас на основе объединения РЦСМ и НИИ физической культуры. Задачами службы спортивной медицины являются формирование новой нормативно-правовой базы, внедрение новых технологий в реабилитации и диагностике, повышение квалификации сотрудников, международная кооперация.

***Зайцев Д.В., Лазарчик И.В., Караневич А.И., Тихоновец М.Ю.,
Кухтик О.В.***

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК УЗ «МИНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

УЗ «Минская областная детская клиническая больница», Минск, Беларусь

Минская областная детская клиническая больница основана в 1975 году. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения БССР от 22.05.1975 г. № 110 «О передаче зданий Республиканской клинической больницы в п. Лесной Минского района в ведение Минского облисполкома», в зданиях, освободившихся после перевода Минской областной Орден Трудового Красного Знамени клинической больницы, была открыта Минская областная детская клиническая больница (МОДКБ) [1].

Минская областная детская клиническая больница – это больница-труженица, за спиной которой более 35 лет непрерывного, тяжелого труда, ежеминутная, слаженная работа огромного коллектива. Больница, о которой каждый, кто в ней побывал, знает, что это надежный друг и помощник в беде со здоровьем.

До 1975 г. стационарная помощь детям Минской области осуществлялась силами педиатрического отделения мощностью на 60 коек, расположенном на базе Минской областной клинической больницы. В отделении ежегодно получали лечение в среднем до 1000 детей в возрасте до 14 лет, в том числе, 350 детей в возрасте до 1 года. Тяжелый контингент больных и отсутствие специализированной педиатрической реанимационной помощи обуславливали высокие показатели летальности детей до 5-6%, летальность детей до года составляла около 10%. Основными причинами смерти детей в середине 60-х годов были пневмонии (до 60%).

К 1991 г. Минская областная детская клиническая больница представляла собой многопрофильную больницу с 17 стационарными отделениями, где ежегодно получали лечение 13500 больных, 40% врачебного и среднего медперсонала имели квалификационные категории. За этот период времени произошло развитие специализированных видов медицинской помощи, совершенствовалась организационно-методическая помощь по преемственности и взаимодействию с районным звеном здравоохранения, проведению углубленного анализа причин младенческой смертности и создание целевых программ по снижению и стабилизации данного показателя.

На базе отделения анестезиологии и реанимации по разработанной программе в течение ряда лет проводилась подготовка заведующих детскими отделениями ЦРБ, неонатологов, реаниматологов и врачей других специальностей по оказанию неотложной и интенсивной помощи детям раннего возраста; на базе инфекционного отделения для детей грудного возраста осуществлялась подготовка врачей сельских участковых больниц. Организационно-методическим отделом больницы в эти годы проводилась большая учебно-методическая работа по подготовке районных педиатров, которые проходили курсы стажировки на базе оргметодотдела.

Совместно с сотрудниками 1-й кафедры педиатрии БелГИУВ было начато проведение систематических семинаров (как на базе больницы, так и выездных) по актуальным вопросам педиатрии для врачей, фельдшеров, средних медработников ЦРБ, врачебных амбулаторий, ФАПов. Данная практика подготовки сотрудников первичного звена практического здравоохранения продолжена и по сегодняшний день.

Большое внимание уделялось распространению передовых форм и методов работы; на базе лучших детских консультаций, сельских участковых больниц, ФАПов, детского санатория «Пуховичи» были созданы школы передового опыта по оказанию медицинской помощи детям, их

опыт изучался и обобщался в информационных письмах, на их базе проводились районные и областные семинары по обмену опытом (Молодечненская детская больница, Зембинская участковая больница Борисовского района, ФАП совхоза «Индустрия» Пуховичского района).

С самого начала основания больницы отличительной чертой её работы была организация тесной преемственности в работе районного звена педиатрической службы со специалистами, службами и структурными подразделениями Минской областной детской клинической больницы. За каждым районом области закреплялись кураторы из числа опытных врачей больницы. Все выезды врачей-педиатров имели определенную тематическую направленность, разрабатывались схемы экспертных оценок качества стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

Вместе с тем, к концу 80-х годов остро назрела проблема преемственности работы отделения анестезиологии и реанимации МОДКБ с районным звеном здравоохранения. Поэтому в 1988 г. в МОДКБ впервые в Республике Беларусь была организована круглосуточная выездная реанимационная бригада, в функции которой входило оказание реанимационно-интенсивной помощи детям на местах и их транспортировка в МОДКБ. За счет квалифицированной оценки тяжести состояния больных и возможности оказывать реанимационную помощь во время их транспортировки в 3 раза снизилась досуточная летальность детей, доставленных реанимационной бригадой МОДКБ.

К началу 90-х годов выездная бригада была хорошо оснащена современным оборудованием, начата транспортировка новорожденных, недоношенных детей с низкой массой тела; более половины детям в пути следования проводилась ИВЛ, инфузионная терапия, мониторинг показателей гемодинамики, дыхания.

Располагаясь в старом здании (1975-2002 гг.), в больнице ощущался значительный недостаток площадей, имели место конструктивные и технические недостатки палат, служебных помещений. Все эти факторы не позволяли в полной мере функционировать больнице как современному лечебному учреждению, что потребовало строительства нового комплекса для Минской областной детской клинической больницы. После принятия решения Минским областным исполнительным комитетом в 1992 г. было начато строительство нового комплекса зданий МОДКБ, и с 1 февраля 2002 г. открыла двери новая, современная областная детская консультативная поликлиника на 250 посещений в смену. Таким образом, с 2002 г. начался поэтапный переезд структурных подразделений больницы из старого комплекса (Минск, ул. П. Бровки) в новые корпуса, расположенные в поселке Лесной Минского района.

При непосредственной поддержке управления здравоохранения и Минского облисполкома в п. Лесной в 2006 г. начато строительство хирургического корпуса, и в 2010 г. новый корпус принял первых пациентов

хирургического профиля. С данного времени, в живописном уголке Минского района, Минская областная детская клиническая больница функционирует как единый комплекс, который по уровню технологического оснащения, интеллектуально-кадровому потенциалу функционирующих клинических кафедр стал уникальным педиатрическим центром Минской области.

В течение 2006 - 2007 гг. в больнице проведена глобальная компьютеризация рабочих мест врачей и среднего медперсонала, создана внутрибольничная компьютерная сеть; в работу отделений внедрены программы «Клиника» «Аптека», «Приемное отделение», «Рабочее место врача-эндоскописта». Специалисты имеют возможность круглосуточно пользоваться информацией всемирной сети Интернет, посредством электронной почты общаться с коллегами по актуальным вопросам медицины. В 2014 г. заработал кабинет магнитно-резонансной томографии.

В 2007 г., объявленным Президентом Республики Беларусь А.Г. Лукашенко «Годом ребенка», Минская областная детская клиническая больница успешно прошла сертификацию экспертным комитетом детского фонда ООН/ЮНИСЕФ и в торжественной обстановке 26 декабря 2007 г. больнице присвоено почетное звание «Организация здравоохранения доброжелательного отношения к ребенку».

Благодаря чуткому и бережному отношению к пациентам, большинство из которых дети, умению сопереживать, не быть равнодушными к чужой беде, профессиональному мастерству сохраняется достойный имидж не только больницы, но и всей педиатрической службы области в целом.

Литература

1. Зайцев, Д.В., Липницкий И.Э., Гозман З.Б., Лазарчик И.В., Богдан Е.Л., Караневич А.И., Лазарева О.К., Тарасюк Л.И., Котова А.И. История, становление и развитие Минской областной детской клинической больницы / Д.В. Зайцев, И.Э. Липницкий, З.Б. Гозман, И.В. Лазарчик, Е.Л. Богдан, А.И. Караневич, О.К. Лазарева, Л.И. Тарасюк А.И. Котова // Актуальные вопросы педиатрии и хирургии., Минск, 2010 г. / Управление здравоохранения Минского облисполкома; редкол.: З.Б. Гозман [и др.]. – Минск, 2010. – С. 4-7.

Заяц В.И., Гернец В.В.

ИСТОРИЧЕСКАЯ ДАТА КОЛЛЕДЖА

*УО «Витебский государственный медицинский колледж»,
Витебск, Беларусь*

Долгое время считалось, что история УО «Витебский государственный медицинский колледж» начинается с окружной профтехшколы

медсестер, открытой в 1929 г. Постановлением Народного комиссариата здравоохранения БССР, а первый директор - Гусинский С.С.

В 1989 г. – учебное заведение отметило 60-летие, а в 2009 – 80-летний юбилей.

В этом учебном году педагогический совет и совет ветеранов приняли решение о создании музея истории колледжа.

Целью данного исследования явилось более детальное изучение архивных материалов в Витебском областном архиве, имеющих отношение к истории колледжа.

Во время изучения документов были обнаружены уникальные документы, свидетельствующие о том, что средний медперсонал в Витебске начали готовить намного раньше, как было принято считать.

Витебский акушерский техникум, расположенный тогда по улице Льва Толстого 14, был открыт 1 мая 1921 г. как Школа акушеров, реорганизованная в январе 1923 г. в акушерский техникум, затем - медицинский техникум.

В соответствии с Постановлением 1-го Всероссийского съезда по медицинскому образованию и на основании письма Витебскому губернскому отделу здравоохранения от 17 августа 1921 г. № 2737, подписанного первым народным комиссаром здравоохранения Н.А.Семашко, предлагалось принять необходимые меры по реорганизации школ акушерских и квалифицированного санитарного персонала.

К документу были приложены Положение о нормальной акушерской школе, учебный план теоретических и практических занятий, свидетельство об окончании полного курса школы.

Сохранились учебные планы, протоколы педагогического Совета, приемной комиссии, списки управленческого и преподавательского состава, отчетно-статистические данные, служебная переписка (более 100 архивных документов) техникума.

Заведующие медицинского (акушерского) техникума: Спивак Г.И. (с 01. 05. 1921), Генкин С.М. - (с 31 декабря 1922), (Окунев М.А. – с 17 ноября 1923). 17 февраля 1924 г. заведующим (директором) назначен Гусинский Самуил Соломонович, проработавший в этой должности до 1934 года.

В 1924 г. учащиеся акушерского техникума были переведены на заседания педагогического Совета из акушерского техникума в медицинский техникум (в связи с переименованием).

В 1926 г. медицинский техникум после длительных служебных переписок был закрыт, «взят курс на ликвидацию среднего медицинского образования» (протокол № 15 коллегии Народного Комиссариата Просвещения БССР).

В 1929 г. учебное заведение было вновь открыто, о чем свидетельствуют заявления поступающих в приемную комиссию, аттестаты об

окончании полного курса Витебского медицинского техникума, справки преподавателям, работающим в 1923 – 1926 гг. и с 1929 г. в медицинском техникуме, списки преподавателей.

Тот же директор Гусинский С.С. (с 1924 г.), тот же зав. учебной частью Хейнман И.Л. (с 1922 г.), секретарь педагогического Совета Гуревич П.М.

Директор Гусинский С.С. подписывал документы и как директор медицинского техникума, и как зав. курсами медсестёр (в 1934 г. курсы и школа переименованы в отделения).

Как свидетельствуют отдельные архивные материалы, подготовка медицинских работников проводилась и ранее. Так, существовала в Витебске Школа фельдшерско-повивальных бабок (директор – учредитель, доктор Сченснович), 1906 – 1910 гг., со своим Уставом и условиями приёма.

В некоторых документах имеются отдельные сведения о том, что еще в 1888 году звание фельдшера получали при Витебской губернской врачебной управе, а в 1906 г. при Витебском врачебном отделении – звание школьного фельдшера.

Однако, только медицинский (акушерский) техникум, открытый в 1921 г., давал право слушательницам законченного среднего медицинского образования.

Таким образом, доказано, что подготовка специалистов со средним медицинским образованием была начата в 1921 г. и продолжалась до 1926 г., а затем вновь открыта в 1929 году. Последний довоенный выпуск – июнь 1941 года.

В соответствии с письмом управления здравоохранения Витебского областного исполнительного комитета от 28.02.2014 г. № 01-09/4087 исторической датой создания УО «Витебский государственный медицинский колледж» отныне считается 1 мая 1921 г..

Выводы. Историческая справедливость восстановлена. Коллектив колледжа готовится к 100-летию юбилею.

Литература

1. Семашко, Н.А. Витебскому губернскому отделу здравоохранения / Н.А. Семашко// - М., 17 августа 1921. - С.5
2. Статистический отчёт по Витебскому акушерскому техникуму. - Витебск, 1924. - С.2.
3. Архивные документы Витебского областного архива.

Зеньков Л.Н., Дешко Т.А.

СЛУЖБА ПРОФПАТОЛОГИИ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

Вопросы профессиональной медицины имеют глубокие исторические корни, которые можно обнаружить в источниках античных времен. Так, величайший из врачей древности Гиппократ в книге «О внутренних страданиях» описывал болезни, возникающие от трудовой деятельности, и рекомендовал врачам узнавать у больного его ремесло.

Интерес к последствиям влияния трудовой деятельности на организм работающих возрос в XV-XVI вв., когда известными врачами Средневековья (Т. Парацельс, Г. Агрикола) были впервые описаны болезни рудокопов и литейщиков. В этом плане заслуживает внимание книга итальянского врача и учёного Б. Ромаццини «О болезнях ремесленников», в которой автор впервые систематизировал известные ему профессиональные вредности как причинные факторы профессиональных болезней.

В России с начала XVIII века, т.е. с развитием промышленного производства, начали появляться научные исследования по оценке здоровья рабочих горнорудной промышленности. В последующие годы вплоть до Первой мировой войны активно изучались условия труда и профессиональные заболевания работников различных профессий, что нашло отражение в трудах А. Никитина, Ф. Эрисмана, М. Уварова и других.

Дальнейшее развитие профпатологии как клиническая дисциплина получила после революции 1917 г.: в 1922 г. была организована диспансеризация промышленных рабочих, а в 1923 г. в Москве был открыт институт профессиональных болезней, началось преподавание гигиены труда и профзаболеваний. В последующие годы была проведена большая работа в изучении вопросов, связанных с патогенезом, классификацией профзаболеваний, методами лечения и профилактики (Н. Измеров, В. Артамонова, В. Косарев и др.) [2,3].

В Республике Беларусь служба профпатологии существует с 1925 г., когда было создано отделение профпатологии в 1-й клинической больнице г. Минска. В 1944 г. была образована первая медико-санитарная часть на Минском тракторном заводе, а в 1959 г. созданы территориальные кабинеты профпатологии. В 1961 г. в Белорусском институте усовершенствования врачей была создана кафедра профпатологии. При этом огромный вклад в становлении и развитии профпатологии в РБ внесли Г. Захаров, Н. Скепьян, Т. Барановская и др. [4].

Становление службы профпатологии в Гродненском регионе началось в 70-е годы, когда в Гродненском мединституте был организован курс профпатологии (заведующий – доцент В.Д. Устиловский) и открыт

кабинет профпатологии. С этого времени проводилось обследование больных с подозрением на профзаболевание. Однако окончательное установление диагноза осуществлялось в г. Минске. После организации Гродненского областного центра профпатологии (руководитель – доцент Зеньков Л.Н.) в 1995 г. установление диагноза профзаболевания стало проводиться в г. Гродно.

Структурными подразделениями областного центра профпатологии (ОЦП) являются консультативная поликлиника, стационар и специальная профпатологическая ВКК. Основными задачами ОЦП является осуществление консультативной помощи экономически активному населению области, работающему в условиях воздействия профессиональных вредностей. Также проводится экспертиза трудоспособности профессиональных больных. Кроме того, осуществляется методическая работа по улучшению качества медосмотров (семинары, конференции), анализ работы в регионе.

Основными профессиональными вредностями в Гродненском регионе являются интенсивный производственный шум, вибрация, промышленные аэрозоли, токсические химические вещества, биологические факторы и аллергены. При этом среди всего экономически активного населения области более 30% работают в контакте с вредными и опасными условиями труда (около 30% из них составляют женщины), около 50% - в условиях, не отвечающих требованиям санитарных норм.

На диспансерном учете в ОЦП состоят 352 больных с различными профессиональными заболеваниями, в т.ч. нейросенсорная тугоухость, заболевания органов дыхания, туберкулез, вибрационная болезнь и прочие заболевания. Ежегодно в ОЦП устанавливается 5-10 первичных профзаболеваний, что составляет 0,15-0,2 на 10 000 работающих и практически соответствует показателям профзаболеваемости в РБ. Однако такая низкая выявляемость профессиональных болезней, по мнению ведущих специалистов РБ, не соответствует их истинной распространенности [4]. Так, в России этот показатель составляет 1,5, в Польше – 5,1, в Великобритании – 6,2, в Норвегии – 11,4, в США – 23,2 случая на 10 000 работающих.

Анализ работы ОПЦ свидетельствует о многих проблемах, которые отражаются на качестве работы, главными из которых являются:

1. Низкая выявляемость профзаболеваний:

- слабая подготовка специалистов по профпатологии (35% от общего числа);
- недостаточное оснащение лабораторно-диагностическим оборудованием (аудиометры, исследование вестибулярного аппарата и т.д.).

2. Высокая инвалидизация среди профессиональных больных (более 40% имеют инвалидность).

3. Стабильная ежегодная выявляемость профессионального туберкулеза среди медработников (3-е место среди всех профзаболеваний).

4. Недостаточная нормативно-правовая база и контроль качества проведения медосмотров.

Все эти проблемные вопросы, стоящие перед профпатологией, подняты нами в начале 2014 года [1]. Основные пути оптимизации работы службы профпатологии вызвали отклик среди профпатологов в РБ и широко обсуждались на трех республиканских конференциях в текущем году.

Выявление профзаболеваний на ранних стадиях позволяет решить ряд задач:

1. определить реальную картину профзаболеваемости;
2. снизить инвалидизацию профессиональных больных;
3. повысить социальную защищенность профбольных;
4. увеличить финансирование на оздоровление работающих.

Первоочередной задачей оптимизации работы по раннему выявлению профессиональных заболеваний является улучшение подготовки будущих специалистов по профпатологии на додипломном уровне, так как она является базисной и, довольно часто, единственной. Преподавание профессиональных болезней необходимо проводить на всех факультетах, в т.ч. на педиатрическом. Также нужно улучшить качество последипломной подготовки врачей всех специальностей, участвующих в проведении медосмотров, на кафедрах БелМАПО. Кроме того стала очевидной необходимость подготовки специалистов в областных центрах профпатологии с привлечением специалистов курсов профпатологии медуниверситетов.

Все затронутые проблемы могут быть решены, что будет способствовать оптимизации работы службы профпатологии и здравоохранения в стране в целом.

Литература

1. Зеньков, Л.Н. Основные пути оптимизации работы службы профпатологии / Л.Н. Зеньков // Здравоохранение. – 2014. - № 1. – С. 27–29.
2. Измеров, Н.Ф. Прошлое, настоящее и будущее профпатологии / Н.Ф. Измеров // Медицина труда и промышленная экология. – 2001. - № 1. – С. 1–9.
3. Профессиональные болезни / Н.Ф. Измеров [и др.] ; под ред. Н.Ф. Измерова. - М.: Академия, 2011. – 468 с.
4. Скепьян, Н.А. Профессиональные заболевания: Справочник / Н.А. Скепьян, Т.В. Барановская, Л.К. Першай ; под ред. Н.А. Скепьяна. - Мн.: Беларусь, 2003. – 336 с.

Зорин К.В.

ДОГАЛЕНОВСКАЯ И ГАЛЕНОВСКАЯ МЕДИЦИНА: ДВЕ ТРАДИЦИИ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А. И. Евдокимова, Москва, Россия*

В исследованиях сотрудников кафедры истории медицины, истории Отечества и культурологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова выделяются две методологические и гносеологические доминанты развития античного естествознания с IV в. до Р.Х. по III в. н.э.: «Левкиппа – Демокрита – Эпикура – Асклепиада» и «Платона – Гиппократ – Аристотеля – Галена» [1].

Догаленовская медицина («Левкипп – Демокрит – Эпикур») тяготела к спекулятивному теоретизированию, атомизму и уступала более осмысленной и глубокой натурфилософской линии «Платона – Гиппократ – Аристотеля – Герофила – Галена». В итоге научные взгляды врачей-философов привели к полной победе анатомо-физиологической системы Галена, определявшей облик мировой медицины вплоть до XVI в.

Гален родился в Пергаме около 130 г. после Р.Х. и получил образование у ведущих ученых, включая анатома Сатирика, патолога Стратоника и философа-эмпирика Эсхриона. В 21 год Гален переехал в Смирну и учился у анатома Пелопса и философа Альбина, потом в Коринфе изучал фармацию у Нумезиана, далее – в Александрии трудился под началом анатома Гераклиона. Затем Гален возвратился в Пергам и четыре года работал врачом гладиаторской школы, где получил бесценный по тем временам хирургический и анатомический опыт. Ученый успешно оперировал раненых гладиаторов и изучал анатомию на трупах тех, кто погиб на арене цирка или скончался впоследствии от тяжелых увечий.

Подчеркнем, что становление Галена как врача-практика и теоретика связано именно с Александрийской школой, которая характеризовалась своеобразным синтезом философии, медицины и точных наук. Там работало много ученых, изучавших различные области знаний (философию, математику, медицину, богословие и т.д.), а также знаменитый Музей и библиотека. Мы видим взаимодополняющий характер развития естествознания и медицины, что определило профессиональные взгляды Галена. В качестве примера укажем на два его главных труда – «О назначении частей человеческого тела» и «О догмах Платона и Гиппократ».

Литература

1. Балалыкин Д.А., Щеглов А.П., Шок Н.П. Натурфилософская традиция античного естествознания и Александрийская школа в III в. – Ч. I. Философия науки. – 2013. – № 2 (57). – С. 157-175.

Иванова В.И., Маршалко О.В.*, Матвейчик Т.В.

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

*Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Минск, Беларусь**

Подготовка и организация медицинской помощи в армии к началу Первой мировой войны строилась с учетом опыта Русско-Японской войны 1904 – 1905 годов. Отсутствие представления о масштабах предстоящих военных действий не позволяло в достаточной мере организовать медицинское обеспечение войск. Накануне Первой мировой войны армия была обеспечена медико-санитарными средствами всего на четыре месяца. Созданное в 1914 г. Управление верховного начальника санитарной и эвакуационной части возглавил генерал-адъютант принц А. П. Ольденбургский.

Особенностью опыта русско-японской войны было то, что эвакуация строилась по «дренажному» типу, путем последовательной перевозки раненых с одного этапа на другой. При этом предельно сокращался объем хирургической деятельности, работа на перевязочных пунктах проводилась в минимальных размерах.

Из-за отсутствия должной сортировки и беспорядочной перевозки легко раненые эвакуировались в глубокий тыл, из армии на долгий срок убывали бойцы, способные вскоре стать в строй. В то же время раненые накапливались в госпиталях головных эвакуационных пунктов, куда их свозили с передовых позиций. В первый период войны в результате этого близлежащие к передовой госпитали были переполнены, а заполнение коек тыловых лечебных учреждений во внутренних районах России в среднем составляло около 5 процентов.

Санитарных поездов не хватало, поэтому раненых зачастую перевозили в возвращающихся порожняком составах, только что освободившихся от воинских эшелонов без необходимых принадлежностей. Автомобильный санитарный транспорт в начале войны состоял всего из двух санитарных автомобилей, однако к 1917 г. на фронтах уже имелось 58 войсковых автосанитарных отрядов, в которых числилось 1154 санитарные машины. Кроме того, фронты обслуживали 40 автосанитарных отрядов иных организаций с 497 машинами. Возникла огромная нужда в подвижных и запасных госпиталях. Нехватка транспорта и недостаточная протяженность железных дорог не позволяли равномерно заполнить весь созданный объем больничных мест в лечебных учреждениях.

Гораздо лучше, чем в военно-санитарных учреждениях армии, была организована медицинская помощь в организациях Красного Креста, начиная с подвижных лазаретов. Они были хорошо оборудованы, были

рассчитаны именно на хирургическую работу, имели достойное содержание, обеспечивали питание раненых и часто возглавлялись опытными хирургами, которые располагали подготовленным медицинским персоналом – сестрами милосердия и санитарями.

Комитеты Российского общества Красного Креста (РОКК) в военный период сформировали значительное количество фронтовых и тыловых лечебных учреждений и отрядов, чем была оказана существенная медико-санитарная помощь армии. Обществом создавались больницы и госпитали по уходу за ранеными, санитарно-эпидемиологические отряды по борьбе с оспой и тифом. РОКК проводило благотворительные акции по сбору средств, выделяло материальные пособия инвалидам войны и семьям погибших.

Чтобы удовлетворить все возраставшие потребности во врачах для действующей армии и тыловых госпиталей, медицинские факультеты университетов были переведены на сокращенную четырехлетнюю вместо пятилетней, программу. Студенты и курсистки составили немалую часть низшего и среднего персонала полевых и стационарных госпиталей, поездов для раненых воинов. На один из таких поездов в 1914 г. попал писатель К. Г. Паустовский, тогда студент-филолог Московского университета. Впоследствии он писал: «Почти все санитары тылового поезда были добровольцы-студенты. Мы носили солдатскую форму. Нам только разрешили оставить студенческие фуражки».

Подготовка фельдшеров для армии проводилась в 8 военно-фельдшерских школах, в том числе в Новочеркасской и Екатеринодарской специально для казачьих войск. В целом во всех этих школах обучалось 1854 чел. Ротные (эскадронные, батарейные и сотенные) фельдшера и носильщики готовились в полках. В общинах РОКК и на специальных "Курсах запасных сестер Красного Креста военного времени", созданных в июне 1914 г., готовились сестры милосердия. Всего в 109 общинах РОКК насчитывалось в то время 3442 такие сестры с 2-летней специальной подготовкой.

Лазареты и санитарные поезда оборудовались членами императорской фамилии, различными общественными организациями и даже частными лицами.

К началу октября 1914 г. в Петрограде работало 168 вновь открытых госпиталей и лазаретов. Даже в Зимнем дворце был развернут госпиталь на 1000 коек. Во время войны в городах Беларуси открылись десятки госпиталей и сотни передвижных и стационарных лазаретов. 1914г. госпиталь «Добровольного санитарного отряда Гродненской крепости», который возглавила супруга коменданта Гродненской крепости В. А. Кайгородова. Госпиталь разместился в обширном новом здании Гродненского отделения Крестьянского поземельного банка. На оборудование госпиталя жители Гродно делали добровольные пожертвования. В уездном городе По-

лоцк было развернуто более десяти госпиталей. Их разместили в основном в помещениях учебных заведений, а после эвакуации кадетского корпуса – в его зданиях.

Духовные учебные заведения страны, объединившись с начала войны при посредничестве учрежденного Святейшим Синодом Комитета Красного Креста духовно-учебных заведений, оборудовали на денежные отчисления педагогического персонала и служащих два лазарета и передовой транспорт военных действий. Один из этих лазаретов был сформирован в Петрограде и назван в честь преподобного Серафима Саровского, Чудотворца. В сентябре 1914 г. этот лазарет прибыл в Минск. Под него был выделен почти весь второй этаж здания Минской духовной семинарии вместе с семинарской церковью, которая стала называться лазаретной (в настоящее время это здание Минского суворовского училища).

Помещения лазарета были обширные, светлые, с электрической вентиляцией. Он был рассчитан на 100 коек и имел семь палат для больных и раненых, операционную, перевязочную, аптеку, кладовую, две столовые, ванную комнату, помещения для врачей, санитаров и сестер милосердия.

Начальником Серафимовского этапного лазарета был иеромонах Николай (Муравьев), в то время единственный в России монах-хирург. В ноябре 1914г. лазарет был переименован из этапного в постоянный, принят под покровительство Комитета Ее Императорского Высочества великой княжны Татьяны Николаевны.

В конце 1914 г. в епархиях Русской православной церкви насчитывалось 248 церковно-приходских лазаретов, из них 236 содержались на средства духовенства и частично церквей и 12 – на пособия от монастырей и других учреждений. Лазареты, данные духовенством, имелись и в зоне боевых действий.

В 1916 г. известный русский хирург В.А.Оппель предложил идею этапного лечения, которое не нарушается эвакуацией и в которое она входит как слагаемая часть. «С точки зрения этапного лечения, раненый получает хирургическое пособие там, где в этом пособии оказалась надобность» («Рус. Врач», 1916, № 17). Ее поддерживал ряд других хирургов, однако в период Первой мировой войны эти принципы реализовать не удалось.

В. А. Оппель, проанализировав данные по врачебно-санитарной помощи за годы войны, пришел к выводу, что российская армия в Первую мировую войну возвращала в строй не менее 50% раненых. Нужно даже думать, писал он, что цифра возврата в строй колебалась от 50 до 60%.

В период Первой мировой войны был получен значительный опыт не только ведения военных действий, но и была сформирована система оказания медицинской помощи в условиях военных действий.

Литература

1. Большая медицинская энциклопедия / Б.В.Петровский. Изд.3-е. – М., Сов. Энциклопедия, 1980. – Т.14. ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА – С. 341.
2. Белявина В.Н. Беларусь в годы Первой Мировой войны / В.Н.Белявина. – Минск: Беларусь, 2013. – 398 с.
3. Будько А.А., Селиванов Е.Ф., Чigareва Н.Г. В известные моменты на войне не медицина, не наука, не операция играют самую важную роль, а организация работы /Военно-исторический журнал, 2004. – № 8. – С. 57-61.

Игнатович Ф.И.

ГРОДНЕНСКИЙ ВРАЧ Б.К. ЗАБЛОЦКИЙ – УЧАСТНИК ВОССТАНИЯ 1863-1864 ГОДА

Гродненское научное общество историков медицины, Беларусь

В связи со 150-летием восстания 1863-1864 гг. в Польше, Литве и Беларуси нельзя не вспомнить об участии в нем медицинских работников, помощь которых была не только необходимой для спасения раненых и больных. Некоторые из них, входя в состав нелегально действующих повстанческих комитетов, занимались организацией вооруженной борьбы [1].

В Беларуси, ее западной части, где располагалась Гродненская губерния, национально-освободительное движение было наиболее активным. Значительную роль в этом сыграл Константин Семенович Калиновский (1838-1864) – член Комитета движения (с 1862 г. – Литовский провинциальный комитет), один из руководителей восстания в Литве и Беларуси. По его инициативе еще с осени 1861 г. в Гродно стала нелегально действовать губернская революционно-демократическая организация. В ней состояли и медицинские работники. В их числе был врач-патриот Б.К. Заблоцкий, которому недавно исполнилось 180 лет. Но о его деятельности до нас дошло мало сведений и документов, неизвестны даже точные годы жизни. Это побудило нас провести о нем специальное исследование.

Родился Болеслав Карлович Заблоцкий в Гродно 14(26) июля 1834 г. в небогатой шляхетской семье. Глава семьи Карл Заблоцкий был мелким чиновником, имел чин коллежского советника. Жена Гелена занималась воспитанием детей и домашним хозяйством. В их собственности числился двухэтажный каменный дом, в котором жила семья. Родители постарались дать детям хорошее образование.

Б.К. Заблоцкий с детства интересовался медициной, поэтому ему был дан свободный выбор. В 1860 г. он успешно окончил медицинский факультет Московского университета. Благодаря тому, что в годы обучения участвовал в деятельности студенческих нелегальных кружков, стал придерживаться демократических взглядов. Возвратившись в Гродно, занялся частной врачебной практикой. Под влиянием старшего брата Эраз-

ма, служившего в губернской строительной и дорожной комиссии, он вошел в состав нелегальной революционно-демократической организации, организованной в 1861 г. белорусским революционером-демократом К.С. Калиновским. Вскоре оба стали сторонниками национально-освободительного движения, добивавшегося независимости от Российской империи. Когда в январе 1863 г. против нее вспыхнуло восстание, они присоединились к его участникам. Болеслав Карлович, наряду с врачебной практикой, начал заниматься революционной пропагандой, писать патриотические стихи.

В марте 1863 г. приказом Центрального национального комитета из Варшавы было реорганизовано руководство восстания в Литве и Беларуси. Его возглавил Я. Гейштор из группы «белых», чтобы оно не стало массовым и антикрепостническим. К.С.Калиновский как сторонник «красных» был отправлен комиссаром в Гродненскую губернию, которая стала воеводством. На этом посту с конца марта по июнь им упорядочена деятельность революционной организации. Гражданским начальником воеводства был назначен Э.К. Заблоцкий. Его верным соратником и помощником стал Болеслав Карлович. Еще в студенческие он приобрел опыт конспиративной деятельности, что понадобилось при организации и проведении антироссийских выступлений.

В Гродно братья Заблоцкие жили в центре города в доме родителей, который фактически был местом встреч не только для местных революционеров. Здесь якобы для получения медицинской помощи у Болеслава Карловича бывали многие руководители и члены воеводской и поветовых революционных организаций. Когда не было брата, он общался с ними, передавая распоряжения, обмениваясь информацией и пр. Здесь неоднократно бывали К.С. Калиновский, военный начальник воеводства В. Врублевский, повстанческий начальник Гродно врач Ц.М. Цехановский, повстанческий начальник Волковысского повета врач М.И. Глиндзич, Слонимского – врач В.Г. Симанович и др.

Б.К. Заблоцкий, имея слабое здоровье, часто болел. Поэтому он имел для связи возможность приглашать их к себе домой как коллег для обследования и лечения. При необходимости встречи с ними устраивались в домах других больных, якобы для участия в консилиуме и совместного лечения. Таким способом через брата-соратника гражданский воевода Эразм Карлович более успешно мог руководить поветовыми организациями и отрядами.

Российские власти принимали жестокие меры, чтобы прекратить восстание. Из-за того, что в апреле-мае в Вильно проведено много арестов, в июне 1863 г. К.С. Калиновский был отозван обратно в этот город, чтобы стать членом Исполнительного отдела Литвы. Комиссаром Гродненского воеводства вместо него назначен Эразм Карлович Заблоцкий.

Он попытался назначить своего брата гражданским начальником Гродно, но часть членов организации не поддержала его.

В июле-августе 1863 г. начались аресты членов организации и в Гродно. Из показаний ряда лиц у полиции возникло подозрение о возможном участии в восстании братьев Заблоцких. Эразм Карлович неоднократно высказывал брату опасение, что его скоро арестуют. Готовясь к этому, он попросил одного из соратников срочно сообщить шифрованным письмом в Вильно о том, что «Мудіор и Бабо арестованы». Им даже были сделаны некоторые распоряжения о передаче должности воеводского комиссара своему брату. Приняв их в устной форме, Болеслав Карлович не успел развернуть должным образом меры по восстановлению разгромленной организации [4]. Полиция заподозрила его в том, что он является «тайным агентом Центрального комитета в Гродно» и 6 сентября арестовала. Следственной комиссией 24 октября 1863 г. было предъявлено ему обвинение в этом [3]. В отличие от брата, он проявил мужество и стойкость, на допросах никого не выдал, хотя следствие велось около года.

От Э.К. Заблоцкого гродненская следственная комиссия смогла добиться обширных признательных показаний [2]. На их основе полиции удалось арестовать большинство руководителей Гродненской революционной организации. Из-за его предательства деятельность ее фактически была парализована. В некоторых поветах повстанческой гражданской администрации уже не существовало. Виленский генерал-губернатор М.Н. Муравьев при решении его судьбы не принял во внимание сотрудничество с властями. 16 ноября 1864 г. он приказал лишить его дворянского достоинства, всех привилегий и отправить на каторжные работы в рудниках на 15 лет. Удалось ли ему вернуться из Сибири пока не известно. По данным родственников он в 1884 г. дожил до 53 лет, но неизвестно где и как умер [5].

Б.К. Заблоцкий с 29 октября 1863 г. находился в Гродненской тюрьме. Хотя следствие тянулось более года, но комиссии так и не удалось собрать неопровержимых доказательств его виновности, она смогла предъявить ему обвинение лишь как «навлекшему на себя подозрение в сношениях с членами организации». Для решения судьбы по указанию М.Н. Муравьева врач-повстанец был доставлен в Вильно. Согласно его конфирмации 12 ноября 1864 г. он был выслан «как вполне неблагонадежный в политическом отношении» на жительство в Оренбургскую губернию под строгим надзором полиции с оставлением под секвестром принадлежащего ему имущества.

В декабре 1868 г. после амнистии часть сосланных участников восстания получила свободу, но с ограничением выбора места жительства. По ходатайству Гелены Заблоцкой и с разрешения императора Александра II ее младшему сыну Б.К. Заблоцкому было позволено переселиться в Царство Польское. При следовании к новому месту жительства он

получил разрешение задержаться в Гродно на один месяц для свидания с матерью. Свидание это было печальным, так как она ничем больше не могла помочь сыну. 18 августа 1866 г., когда он находился в ссылке, внезапно умер отец. Все имущество семейства сразу же было описано жандармами. Части наследуемого имущества, причитающиеся репрессированным сыновьям Эразму и Болеславу, тут же объявлены подлежащими конфискации и секвестру. Пребывание бывшего повстанца в родном городе было омрачено еще и тем, что за ним велся полицейский надзор.

Последующие годы Б.К. Заблоцкий жил на территории Польши, имел право заниматься врачебной практикой. Но конкретно где и кем работал пока не установлено. По-видимому, в Гродно он смог вернуться только в 1889 г. На это указывает обнаруженная в архиве регистрационная врачебная карточка, согласно которой ему было разрешено официально заниматься частной медицинской практикой. Но из-за слабости здоровья трудоспособность его была ограниченной, поэтому годовой доход составлял только около 120 рублей. На помощь матери тоже нельзя было рассчитывать: она умерла еще в 1871 г. в Познани.

Как частнопрактикующий врач Б.К. Заблоцкий упоминался в «Российских медицинских списках» и «Памятных книжках Гродненской губернии» до 1905 г. Как видно из упомянутой выше врачебной карточки, своей семьи создать он не смог. Не указано и его место жительства, что было необходимо для пациентов. Так с большими трудностями в одиночестве, бедности и с плохим здоровьем он смог дожить до преклонного возраста.

Установить точную дату смерти врача-повстанца удалось при обращении в Национальный исторический архив Беларуси в Гродно. В сохранившейся книге регистрации умерших за 1901-1919 гг., которая велась в фарном костеле, выявлена такая запись: «1904 г. января 15 дня в Гродненской окружной лечебнице от старческой дряхлости скончался Болеслав Карлович Заблоцкий, вольнопрактикующий врач, имевший от роду 69 лет». Тело его было похоронено в Гродно на католическом кладбище, но могила не сохранилась.

Литература:

1. Игнатович Ф.И. Медики-соратники К.С. Калиновского в восстании 1863-1864гг. // Советское здравоохранение. – 1975. – № 8. – С. 74-77.
2. Калиновский К.С. Из печатного и рукописного наследия. – Минск: Беларусь, 1988. – С. 138-144.
3. Национальный исторический архив Республики Беларусь в Гродно. – Ф. 3. – Оп. 1. – Д. 8. – Л. 153; Д. 32. – Л. 47; Д. 40. – Л. 65.
4. Там же. – Ф. 3. – Оп. 1. – Д. 5. – Л. 31.
5. Zablocki E. // Wikipedia. [Elektronic resource]. – 2013. – Mode of access: http://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Erazm_Zablocki&oldid=37829739. – Date of access: 30.06.2014.

Иодковский К.М.

РАЗВИТИЕ ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь,*

Каждый третий и каждый четвертый ребенок страдает заболеваниями почек. Аномалии мочевыделительной системы занимают третье место по частоте встречаемости среди врожденных пороков развития. Не менее половины взрослых людей, страдающих хроническими заболеваниями органов мочеполовой системы, впервые заболели в детском возрасте. Детская урология в настоящее время приобрела особую актуальность еще и потому, что в настоящее время отмечается неуклонный рост почечной патологии. Отмечается рост наследственных и врожденных нефропатий [1,2]. Доля врожденных пороков мочевыделительной системы среди всех пренатально выявленных пороков достигает 26-28% [3]. Рост урологических заболеваний у детей, особенно пороков развития мочевой системы, высокий процент инвалидизации среди этой группы пациентов явились основанием для открытия в ведущих институтах отделов детской хирургии, которые в последующие годы явились базой для открытия самостоятельных отделений детской урологии [2]. Направлению детская урология уже 40 лет. Увеличение числа выявляемых патологий, методов диагностики и лечения, объемов научной и клинической информации привело к тому, что вначале в странах западной Европы была введена специальность «детская урология», которая выделилась из детской хирургии. При кафедрах детской хирургии в РФ открылись курсы повышения квалификации по детской урологии, которые специалист обязан проходить каждые 5 лет и подтверждать свою квалификацию.

В Европе создана «Европейская ассоциация детских урологов (ESPU), а с 2007 года в России «Межрегиональная общественная организация детских урологов – андрологов (МООДУА) – председатель – д.м.н., профессор Казанская И.В.

В России насчитывается 35 специализированных детских урологических отделений, в остальных регионах выделены койки на базе хирургических отделений, в которых насчитывается около 500 специалистов детских урологов – андрологов. В РБ имеется 1 специализированное детское урологическое отделение - в городе Минске. В остальных областях выделены койки в детских хирургических или урологических отделениях, в которых работают вместе с поликлиническим звеном около 40 врачей, занимающихся детской урологией.

В 1982 году в Гродненской областной клинической больнице, благодаря стараниям профессора Б.И. Мацкевича впервые в РБ в составе детского хирургического отделения открыты 20 урологических коек. С этого года неуклонно стал расширяться диапазон операций на органах мочеполовой системы у детей. Начали оперироваться дети с пороками развития почек и мочеточников: операции при гидронефрозе, уретерогидронефрозе, мегауретере, пузырно-мочеточниковом рефлюксе, удвоении мочевой системы. Впервые в Гродненской области под руководством проф. Б.И.Мацкевича стали выполняться пластические операции при гипоспадии. После прохождения стажировок по детской урологии (доц. Иодковским К.М.) в клиниках г.Варшавы, г.Гданьска стали внедряться новые методики операций на органах мочеполовой системы у детей и усовершенствоваться уже освоенные. Внедрены операции у новорожденных при обструктивных уropатиях, освоены одноэтапные операции при венечных и стволовых формах гипоспадии (DUAGO, MAGPI, Mathieu, Duckett, Snodgrass), что позволило значительно снизить количество послеоперационных осложнений и сократить койкодень. В настоящее время выполняется в отделении широкий диапазон современных хирургических вмешательств на почках, мочеточниках, мочевом пузыре, половых органах.

Детская урология имеет характерные для данной дисциплины особенности. Это трудности проведения дифференциальной диагностики заболеваний, обусловленные большим процентом у детей не органических, а функциональных нарушений уродинамики, связанных с рядом причин: диспропорцией роста органов и организма, незавершенностью развития органа, большой частотой пороков развития разной степени выраженности, возникающих на этапах развития плода и в постнатальном периоде. Эти пороки нередко в процессе роста и развития ребенка самостоятельно ликвидируются.

Поэтому на основании зарубежных данных и собственного 30-летнего опыта тактика при некоторых пороках развития почек и мочеточников несколько изменилась. Например, при обструктивных уropатиях у новорожденных и грудных детей лечение в большей степени консервативно-выжидательное. При гидронефрозах и уретерогидронефрозах у новорожденных, когда имеется нарушение функции почки, обструктивный пиелонефрит, как I этап лечения применяем чрезкожную пункционную нефростомию под контролем ультразвука или проксимальную уретерокутанеостомию при тяжелых формах уретерогидронефроза с выраженной дилатацией и извитостью мочеточника. С 2006 года операции при варикоцеле, брюшной форме крипторхизма, двусторонних грыжах выполняются лапароскопическим способом, а с 2009 года, с приобретением резектоскопа, внедрены оптическая уретротомия и резекция клапанов задней уретры, начиная с периода новорожденности. Внедрены современные методы диагностики при нейрогенных расстройствах мочеиспускания на

уродинамической системе Uroskreen, что позволяет более адекватно проводить лечение этих больных.

Следует отметить, что из года в год количество урологических операций увеличивается, при уropатиях, гипоспадии, крипторхизме, варикоцеле. Это связано как с увеличением пороков развития среди детей, так и с улучшением диагностики. Повсеместно внедрена ультразвуковая диагностика пороков развития почек, а такие пороки, как гидронефроз, гипоплазии, инфравезикальная обструкция, кистозные изменения почек диагностируются уже в пренатальном периоде. Пренатальная диагностика пороков мочевыделительной системы плода в значительной степени определяет медицинскую тактику после рождения ребенка. Поэтому все дети с пороками развития мочевыделительной системы рождаются в областном перинатальном центре, консультируются детским урологом в составе консилиума, куда входят специалист по УЗ-диагностике, генетик, акушер-гинеколог. Консилиумом определяется прогноз для развития плода, здоровья и жизни ребенка при пороках, имеющих неблагоприятный исход, принимается решение о вынашивании или прерывании беременности при инкурабельных пороках почек и мочевыделительной системы. Беременной женщине представляется информация о результатах исследования, наличии врожденного порока мочевой системы у плода, прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях. На основании этого женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

В связи с усовершенствованием методов диагностики при заболеваниях и пороках развития мочевыделительной системы, разработкой и внедрением новых методов лечения при Гродненской областной детской клинической больнице и кафедре детской хирургии проведены курсы повышения квалификации (1995-1996, 2005г.г.) по диагностике, лечению и диспансеризации детей с урологической патологией для районных урологов и детских урологов г.Гродно.

При первой детской поликлинике г.Гродно работает областной консультативный пункт, где ведется прием детей с урологической патологией из районов области и г.Гродно. Ежегодно консультируется 700-800 детей.

Таким образом, за 28 лет детская урологическая служба совершенствовалась и развивалась, о чем свидетельствует диапазон оперативных вмешательств: начиналось с малой урологии, а в настоящее время выполняются самые разнообразные операции на мочевой системе на современном уровне. Кроме того, клиника детской хирургии, в состав которой входит урология, является научным и организационным центром, а так же местом подготовки урологов для Гродненской области.

Литература:

1. Красовская Т.В., Кучеров Ю.И., Голоденко Н.В. и др. Хирургия новорожденных, этапы развития и перспективы. //Дет. хир.-2003 - №3 - с.13-16

2. Stefos Th., Plachouras N., Sotiriadis A. et al. Routine ultrasonography at 18-22 weeks of pregnancy and fetal congenital abnormalities. *Ultrasound Obstetr. Gynecol.* 1996; 8(suppl.1): 15

3. Пугачев А.Г. Детская урология: Руководство для врачей.- М.: ГЭОТАР-Медиа – 2009 - 832с.

***Исаенко Е.Ю., Елисеева И.В., Бабич Е.М., Ждамарова Л.А.,
Белозерский В.И., Колпак С.А., Капшур Н.В.***

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВАКЦИНОЛОГИИ

*ГУ “Институт микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова НАМН
Украины”, Харьков, Украина*

Родоначальником вакцинации по праву считается Эдвард Дженнер, который в 1776 привил ребенка содержимым пустулы, взятым у больного коровьей оспой. В результате перенесенной легкой формы инфекции у привитого наблюдалась устойчивость к инокуляции содержимым пустулы больного натуральной оспой. Метод использования возбудителя с невысокой степенью патогенности (вирус коровьей оспы) для выработки иммунитета против возбудителя с высокой степенью патогенности (вирус натуральной оспы) нашел признание и применение в вакцинопрофилактике инфекционных заболеваний [1].

Следующее знаменательное событие в области вакцинологии произошло конце XIX века и принадлежит французскому химику Луи Пастеру. Изучая возбудителя куриной холеры, ученый установил, что оставленная на длительное время без пересева культура возбудителя утратила свои патогенные свойства и вызывает у кур, вместо заболевания, стойкий иммунитет. Искусственное ослабление патогенных свойств возбудителей инфекционных болезней под влиянием различных факторов (аттенуацию) Пастер применил при изготовлении вакцин против сибирской язвы, бешенства, «краснухи свиней», используя разные методы ослабления.

В 1886 г. Л.С. Ценковский с коллегами разработал способ получения сибиреязвенной вакцины путем пассажа возбудителя через организм восприимчивых к данному заболеванию мышей.

В 1891 г. умирающему от дифтерии мальчику была введена противодифтерийная сыворотка, благодаря чему мальчик был спасен. Лечение больных столбняком и дифтерией с помощью иммунных сывороток стало крупнейшим достижением в медицине.

В 1914 г. А. Кальметт и Ш. Герен впервые получили живую вакцину из ослабленных возбудителей туберкулеза. Г. Рамон в 1924–1925 гг. разработал метод получения анатоксинов с помощью обезвреживания токсинов формалином.

Наиболее значимыми событиями XX века в вакцинологии считаются: 1926 г. - начало использования убитой вакцины против коклюша на человеке, 1927 г. – против туберкулеза (БЦЖ) и столбняка, 1935 г. - против желтой лихорадки. В 1936 г. создана вакцина против гриппа, а в 1939 г. против клещевого энцефалита.

Американскими учеными в 50-е годы были созданы вакцины против полиомиелита: Джонасом Солком - убитая и Альбертом Сейбином – живая. Отечественный вариант живой полиовакцины в конце 50-х гг. был предложен профессорами М.П. Чумаковым (Москва) и А.А. Смородинцевой (Санкт-Петербург).

Следует отметить создание вакцины против бруцеллеза в 1951 г., АКДС (адсорбированной коклюшно – дифтерийно – столбнячной) вакцины в 1957 г. В 1963 г. лицензированы коревая вакцина и трехвалентная оральная полиомиелитная вакцина.

В последующем отечественными и зарубежными учеными достигнуты значительные успехи в области вакцинологии. Разработаны новые методы получения иммунопрофилактических препаратов, новые способы вакцинации [1 - 3]. С каждым годом количество инфекций, против которых удастся создать вакцины, растет [1].

Вакцинные препараты можно разделить на несколько поколений. К первому поколению относятся живые вакцины, созданные из живых микроорганизмов с резко ослабленной вирулентностью. Широкое применение получили: оспенная, коревая, паротитная, полиомиелитная, гриппозная, холерная, чумная, туляремия, бруцеллезная, вакцина БЦЖ. К этому поколению также относятся убитые корпускулярные вакцины, состоящие из микроорганизмов, которые преимущественно сохранили целостность своего строения - бактериальных клеток или вирусных корпускул [1]. Среди них: *цельноклеточные* - коклюшная, лептоспирозная, холерная; *цельновирсионные* - антирабическая, противогриппозная, противогерпетическая, против клещевого и японского энцефалита.

К препаратам второго поколения относятся химические вакцины и анатоксины, состоящие из отдельных фракций возбудителей или их продуктов. Создание химических вакцин основано на извлечении из микроорганизмов антигенов и максимальное освобождение их от сопутствующих балластных веществ. Примерами служат: ацеллюлярная вакцина против коклюша, конъюгированная вакцина против гемофильной инфекции, вакцины против менингококковой инфекции, брюшного тифа, дизентерии. Наиболее близкими к химическим вакцинам являются анатоксины - токсины микробов, переведенные в нетоксичное состояние. Широко используются в вакцинологии дифтерийный, столбнячный, стафилококковый анатоксины [1 - 2].

Третье поколение препаратов представлено рекомбинантными векторными вакцинами, полученными методами генной инженерии. Благо-

даря активному развитию генетики и молекулярной биологии было установлено, что микроорганизмы разных видов могут обмениваться генетическим материалом, приобретая при этом свойства, контролируемые полученными генами. Суть метода заключается в следующем: ген вирулентного микроорганизма, отвечающий за синтез протективных антигенов, встраивают в геном какого-либо безвредного микроорганизма, который при культивировании продуцирует и накапливает соответствующий антиген. Поскольку вышеописанный способ является одним из наиболее современных методов получения вакцинных препаратов можно рассмотреть историю создания первой генно-инженерной вакцины против гепатита В, которая была разрешена для использования в медицине [3]. В 60-е годы было обнаружено, что в крови больных гепатитом В, кроме вирусных частиц (вирионов) диаметром 42 нм находятся частицы с диаметром 22 нм, состоящие из молекул белка оболочки вириона, названные поверхностным антигеном вируса гепатита В (HBsAg), и обладающие высокими антигенными и протективными свойствами. В 1982 году установлено, что при эффективной экспрессии искусственного гена поверхностного антигена вируса гепатита В, в клетках дрожжей происходит самосборка изометрических частиц диаметром 22 нм из вирусного белка. Разрушение дрожжевых клеток, очистка HBsAg белка позволяет получить препарат HBsAg полностью освобожденный от дрожжевой ДНК и содержащий лишь следовое количество белка дрожжей. Иммуногенные свойства и структура, полученных методом генной инженерии частиц 22 нм HBsAg, практически не отличаются от природных, а применение генно - инженерной молекулярной вакцины против гепатита В на добровольцах показало эффективное образование вируснейтрализующих антител [3]. Также, примером рекомбинантной вакцины служит вакцина против ротавирусной инфекции [1].

На сегодняшний день доподлинно известно, что многие рекомбинантные вакцины вызывают слабый иммунный ответ. Предполагают, что возможной причиной является содержание в таких препаратах "голого" белка и отсутствие других молекулярных структур, которые необходимы для запуска иммунного ответа [2].

К вакцинам четвертого поколения, относятся пептидные синтетические, антиидиотипические вакцины, вакцины из ДНК, вакцины, содержащие продукты генов ГКГ (главного комплекса истосовместимости) и полученные на трансгенных растениях [1].

Разработаны вакцины с использованием синтетических пептидов против дифтерии, холеры, стрептококковой инфекции, гепатита В, гриппа, ящура, клещевого энцефалита, пневмококковой и сальмонеллезной инфекций [1]. Синтетические пептиды обладают слабой иммуногенностью, однако при определенных условиях возможно увеличение их иммуногенных свойств до уровня иммунного ответа естественных антигенов,

выделенных из возбудителей инфекционных заболеваний. Синтетические вакцины отличаются высокой степенью стандартности, обладают слабой реактогенностью, безопасны. У синтетических пептидов отсутствуют недостатки живых вакцин (реверсия патогенных свойств, остаточная вирулентность, неполная инаktivация) [1].

Созданы вакцины из ДНК-вирусов приобретенного иммунодефицита человека, гриппа, бешенства, лимфоцитарного хориоменингита, гепатитов В и С, простого герпеса, папилломатоза, а также из ДНК возбудителей малярии, лейшманиоза, туберкулеза [1]. ДНК-вакцины – вакцины на основе ДНК микроорганизмов, обеспечивающие образование антигенов в организме реципиента, т.е. в организм вводят не белок-антиген, а нуклеиновую кислоту (ДНК или РНК), в которой закодирована информация о белке. Нужный ген вставляют в плазмиду (кольцо из ДНК), носитель-вектор проникает в клетку и трансформированная клетка синтезирует нужные белки прямо внутри организма, в течение длительного периода – до года. ДНК-вакцинация приводит к полноценному иммунному ответу и обеспечивает высокий уровень защиты от вирусной инфекции [2]. Для приготовления ДНК-вакцины можно использовать смесь ДНК, которая обеспечивает образование разных антигенов к одной или нескольким инфекциям [1]. Препараты ДНК-вакцин не требуют специальных условий хранения и доставки, они стабильны длительное время при комнатной температуре [2]. ДНК-вакцины можно получать в больших количествах, они лишены инфекционных агентов [1]. Это перспективное направление в борьбе с раком, поскольку в опухоль одновременно можно вводить разные гены: кодирующие раковые антигены, гены цитокинов и иммуномодуляторов, гены "уничтожения" клетки [2]. Производство РНК-вакцин более трудоемкое, они нестабильны и вызывают кратковременный иммунитет [1].

Используя знания того, что гены гистосовместимости I или II классов при взаимодействии с пептидами, образующимися из антигена, значительно увеличивают иммуногенность последнего, а также степень интенсивности иммунного ответа на отдельные протективные антигены возбудителей инфекционных заболеваний зависит от определенных аллелей антигенов гистосовместимости, разрабатываются различные варианты вакцин с учетом роли антигенов гистосовместимости в иммунном ответе. Создаются ГКГ-вакцины для лечения больных гепатитом В, цитомегаловирусной инфекцией и онкологическими заболеваниями (меланомой, раком простаты, папилломой) [1].

Перспективным направлением в вакцинологии стала разработка вакцин на основе трансгенных растений. Появилась возможность «внедрять» чужеродные гены практически во все сельскохозяйственные культуры, получив при этом стабильные генетические трансформации. Использование «растительных вакцин» способствует образованию гуморального и клеточного иммунитета, развитию местного иммунитета кишечника (им-

мунитета слизистых). В качестве примера можно привести вакцину энтеротоксигенной кишечной палочки, представляющей собой лабильный токсин, экспрессированный в картофель [1].

Поскольку вакцинопрофилактика остается основным способом снижения уровня инфекционных болезней, увеличивает продолжительность и улучшает качество жизни всех возрастных групп населения, разработка и внедрение новых поколений вакцинных препаратов является актуальным направлением современного здравоохранения.

Литература:

1. Медуницын, Н.В. Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии инфекционных болезней [Текст] : учеб. пособие / Н. В. Медуницын, В. И. Покровский – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 512 с.
2. Зверев В. Вакцины: от Дженнера и Пастера до наших дней [Текст] / В. Зверев // Наука и жизнь [2006](#). – № 3. – С 5 - 13.
3. Учайкин, В.Ф. Вакцинопрофилактика: настоящее и будущее [Текст] / В.Ф. Учайкин; О.В. Шамшева. - М., 2001. - 210 с.

Исаенко Т.П., Силина Л.В.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: ПРОШЛОЕ – ОСНОВА НАСТОЯЩЕГО

*ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»,
Курск, Россия*

Невозможно представить историю российской и мировой дерматовенерологии без имен ученых и врачей, родившихся и работавших в Курской области и внесших огромный и неоценимый вклад в эту отрасль медицины. Развитие современной дерматовенерологии невозможно без опоры на достижения предшественников, и их имена забывать нельзя.

В 1837 г. в селе Нижнем Даймене Щигровского уезда Курской губернии в семье польского дворянина родился Вениамин Михайлович Тарновский - основоположник отечественной сифилидологической школы, выдающийся организатор борьбы с венерическими болезнями, автор первых русских учебников по венерическим болезням и многочисленных работ, посвященных сифилису и гонорее. Деятельность В.М. Тарновского была разносторонней и многогранной. В.М. Тарновский проявил огромную энергию, чтобы доказать социальное значение венерических болезней. В 1885 г. в Петербурге он организовал первое в Европе Русское дерматологическое и сифилидологическое общество, которое работает и ныне. Благодаря его настойчивости и энергии в 1897 г. в Петербурге был организован и проведен первый съезд по борьбе с венерическими болезнями.

По инициативе В.М. Тарновского было создано первое в России училище для акушеров и фельдшериц, получавших образование со специальным уклоном по изучению венерологии. Этим было положено начало созданию кадров среднего медицинского персонала по специальности.

Он был горячим поборником высшего женского медицинского образования в России. С его помощью в 1872 г. при Медико-хирургической академии были открыты женские врачебные курсы, а в 1897 г. – женский медицинский институт.

В 1929 г. в Курске родился и здесь же окончил медицинский институт видный дерматовенеролог современности, академик РАМН Ю.К. Скрипкин. С 1980 г. Ю.К.Скрипкин являлся директором Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института, с 2000 г. он – почетный научный руководитель этого института. Академик Ю.К. Скрипкин внес значительный вклад в развитие отечественной дерматовенерологии, создал крупную школу высококвалифицированных научных и педагогических кадров. Им опубликовано свыше 500 научных работ, в том числе монографий, учебников и руководства по кожным и венерическим болезням. Он является автором 12 изобретений в области дерматовенерологии.

Учился в нашем медицинском институте и профессор дерматовенерологии Российского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Ю.С. Бутов, ученик академика Ю.К. Скрипкина, бывший на протяжении 25 лет заведующим кафедрой дерматовенерологии и деканом факультета повышения квалификации врачей вышеуказанного университета, автор многих монографий и учебников по дерматовенерологии и косметологии.

В 40-е годы заведующей лабораторией Курского областного кожно-венерологического диспансера была врач Я.И. Кривоносова - видный отечественный ученый – серолог. Она предложила исследование на сифилис методом сухой капли сыворотки крови на бумаге. Этот метод широко использовался в дальнейшем как отечественными, так и зарубежными серологическими лабораториями.

В 1935 г. был открыт Курский государственный медицинский институт. С первого дня открытия проводилась работа по созданию клиники кафедры кожных и венерических болезней на базе стационарного кожно-венерологического отделения. Большая заслуга в этой работе принадлежала врачу-дерматовенерологу В.Д. Бронштейну, который в дальнейшем совмещал обязанности заведующего кожно-венерологическим отделением и ассистента кафедры.

Организатором и первым заведующим кафедрой кожных и венерических болезней был видный советский дерматовенеролог, профессор А.А. Штейн. Он родился в 1895 г. в Санкт-Петербурге в семье известного профессора – дерматолога А.К. Штейна. Окончив в 1925 г. I Ленинградский институт, А.А. Штейн был оставлен здесь же ординатором клиники кож-

ных болезней, а с 1931 по 1938 работал заведующим отделением Ленинградского люпозория. На протяжении своей врачебной деятельности профессор А.А. Штейн много сил и энергии отдал делу борьбы с лепрой, туберкулезом, венерическими болезнями.

Штейн А.А. – автор более 300 печатных работ, из них 33 были выпущены за рубежом. Его монография «Дифференциальная диагностика заболеваний кожи», изданная в 1960 г., получила высокую оценку не только в нашей стране, но и за рубежом.

Профессор Желтаков М.М. заведовал кафедрой с 1948 по 1952 г.. Он родился в Белоруссии, в Костюковичском районе Могилевской области в 1903 году, окончил Киевский медицинский институт в 1930 г..

М.М. Желтаков – автор более 120 научных работ, среди которых 2 монографии - «Гипноз и электросон в дерматологии» и «Лекарственная аллергия». Большая часть работ посвящена проблемам нейроэндокринного патогенеза и аллергических механизмов многих заболеваний. Это новое направление включало изучение роли аллергии, нарушений функции гипофизарно-надпочечниковой системы, нервно-эндокринных механизмов, половых гормонов, щитовидной железы в патогенезе хронических дерматозов.

В годы работы в Курске он создает уникальный учебник «Кожные и венерические болезни», ставший на долгие годы основным учебником для студентов медицинских ВУЗов. С 1952 года и до конца жизни профессор М.М. Желтаков заведовал кафедрой 2-го Московского медицинского института.

С 1952 по 1966 гг. кафедру нашего института возглавлял профессор Андреев В. Г. - ученик видного ученого - дерматовенеролога из Астрахани профессора Переводчикова И.Н. Докторская диссертация Андреева В.Г. была посвящена изучению распространенности микозов среди больных лепрой и возможного влияния этих инфекций друг на друга.

При профессоре В.Г. Андрееве сотрудниками кафедры уделяется большое значение изучению профессиональных дерматозов, разрабатываются методы их лечения и профилактики. Параллельно ведутся научные работы по изучению эпидемиологии и патогенеза венерических болезней – сифилиса и гонореи. В 1953-1958 гг. заведование кафедрой профессор Андреев В.Г. совмещал с должностью декана лечебного факультета, а с 1958 по 1959 год был проректором по учебной части.

В 1966 г. заведующим кафедрой становится профессор В.А. Леонов – ученик М.М. Желтакова и В.Г. Андреева. После окончания Курского медицинского института в 1947 г. В.А. Леонов всю свою жизнь работал на кафедре кожных и венерических болезней и прошел путь от ассистента до профессора. Во время Великой Отечественной войны был врачом летного полка, награжден орденом «Красной Звезды», орденом «Великой Отечественной войны второй степени» и многими медалями.

Научные изыскания профессора В. А. Леонова были связаны с изучением туберкулеза кожи, микотическими поражениями, дерматозами старческого возраста. Во время его руководства кафедрой расширяются научные связи с другими медицинскими ВУЗами бывшего СССР, проведены Пленум правления Всероссийского научного общества дерматовенерологов в 1974 году и выездное заседание Президиума Ученого Медицинского Совета Минздрава РСФСР в 1979, посвященные вопросам аллергодерматозов, псориаза и профессиональных дерматозов.

С 1991 до 1998 года кафедрой дерматовенерологии заведовал профессор В.А. Жигулин, выпускник Курского государственного медицинского института. Он занимался изучением патогенетических механизмов развития экземы.

Под руководством В.А. Жигулина в 1993 г., в период эпидемии сифилиса и ИППП, на базе кафедры кожных и венерических болезней и областного кожно-венерологического диспансера было создано отделение анонимного обследования и лечения ИППП, что способствовало стабилизации и улучшению эпидемиологической обстановки в Курской области относительно этих инфекций.

В настоящее время кафедрой дерматовенерологии Курского государственного медицинского университета руководит профессор Л.В. Силина. Основные направления научной деятельности кафедры сегодня – патогенез и лечение папулезных и зудящих дерматозов, инфекций, передаваемых половым путем.

Научные исследования опубликованы в 3 монографиях, защищены 9 патентов на изобретения, издано 4 руководства для врачей. Сотрудники кафедры выступают с научными докладами по медицине и педагогике на съездах, конгрессах и конференциях в стране и за рубежом.

Тесное сотрудничество кафедры и Курского областного клинического кожно-венерологического диспансера помогает выполнять задачи, стоящие перед современным здравоохранением, и создавать условия для обучения студентов, клинических интернов и ординаторов, врачей – дерматовенерологов.

Исакова А.А., Третьякова В.Ю., Пешиков О.В.

ВРАЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЮЖНОГО УРАЛА В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Период первой мировой войны стал тяжелым испытанием для населения Южного Урала. Неблагоприятные условия содержания, недостаточное питание, недоступность качественного профессионального лечения, суровый климат и другие факторы способствовали возникновению

различных заболеваний, в особенности инфекционных. Наиболее распространенными среди них являлись тиф, холера и оспа.

Как и любая война, Первая мировая привела к большому числу раненых, которых, по мере возможности, отправляли в тыл. Пленные с прибывших эшелонов и различного рода беженцы являлись распространителями многих инфекций. Из-за большого скопления больных резко ухудшилась санитарно-эпидемиологическая обстановка. Возникали вспышки дифтерии, скарлатины, сифилиса, дизентерии и гриппа.

С началом Первой мировой войны на Южном Урале впервые в истории была проведена всеобщая мобилизация. Ввиду острой необходимости, число коек в земских больницах было увеличено. Труд врачей был напряженным, так как в сутки им приходилось лечить 100 пациентов и более. Однако в связи с ростом нуждающихся в медицинской помощи их роль в деле помощи больным была недостаточной. В связи с этим росли показатели смертности, а также снижалась продолжительности жизни на Южном Урале. Ситуацию усугубляло и сокращение количества медицинского персонала в связи с призывом на военную службу.

Возникшие проблемы в здравоохранении на Южном Урале в то время диктовали о необходимости улучшения положения. Существовавшая земская медицина стала поощрять развитие медицинского дела признанием благодарности и денежным обеспечением врачей за хорошую работу. В это время отличились преданностью своему делу врачи: М.И.Мизеров, В.М.Вакуленко, А.Ф. Федотов, А.И. Подбельский, В.Я. Палферов, Д.Н.Попов и многие другие [3].

Медицинскую помощь начали специализировать. Отдельно была выделена хирургическая, гинекологическая и глазная помощь в Уфе, Бирске. Благодаря земствам были организованы различные медицинские курсы. Так, например, были проведены курсы по оспопрививанию в Челябинске, Троицке и Орске.

В те годы на Южном Урале началось строительство больниц и фельдшерских пунктов. Начали формироваться противоэпидемические отряды, а также были созданы многочисленные санитарные учреждения. По поручению земств санитарные врачи составляли годовые обзоры, делали доклады на уездных и губернских земских собраниях, консультировали других специалистов. Большую работу по борьбе с заразными болезнями проводили такие врачи, как Н.Л. Дементьев, П.С. Тарасов, В.М. Аристовский, А.П. Утенкова [1,2].

Многие специалисты врачебного дела приезжали на Южный Урал по приглашению. Таким образом, начал свою службу в Златоусте врач Александр Дмитриевич Бланк, который одним из первых начал практиковать в России лечение на дому. Ему принадлежит большая роль в борьбе с холерой и черной оспой. Также он впервые упорядочил систему регистрации больных. Был приглашен в Челябинск для изучения сибирской

язвы и Василий Григорьевич Жуковский, который стал автором книг «О лечении сибирской язвы» и «О сибирской язве» [1].

Тяжелые условия во времена первой мировой войны требовали от Южно-уральских врачей особой сноровки. Так ученый-хирург А.А. Абражанов в примитивных условиях производил операции на легких, исправлял дефекты черепных костей, занимался исследованиями в области костной хирургии. Александр Францевич Бейвель углубленно занимался лечением трахомы и распространенными глазными болезнями. Значительная помощь оказана была им в лечении эпидемии тифа. Он искусно сочетал медицину с общественной деятельностью [1,3].

Многие врачи Южного Урала в период первой мировой войны большой эрудированностью, являлись опытными организаторами, выполняли огромную работу в лечебной деятельности и отдали все свои силы на спасение жизней. Именно им обязана современная медицина, которая достигла столь большие обороты в настоящее время.

Литература:

1. Тюков, Ю.А. От первого лекаря до современной системы организации медицинской помощи на Южном Урале: учеб. пособие для студентов мед. вузов / Ю.А. Тюков, И.С. Тарасова. – Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2010. – 164 с.

3. Розенфельд, Л.Г. Истоки становления и развития здравоохранения на Южном Урале / Л.Г. Розенфельд, И.С. Тарасова. – Челябинск, 2004. – Т.1. – С. 28-35.

4. Здравоохранение Южного Урала: альманах. – Челябинск, 2009. – 106с.

Исаенко Е.Ю.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТРАНСКУТАННОЙ ИММУНИЗАЦИИ

*ГУ “Институт микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова
НАМН Украины”, Харьков, Украина*

Массовая вакцинация проводится с середины прошлого века, однако, согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) смертность от инфекционных заболеваний составляет около 25% в мире, в слаборазвитых странах она увеличивается до 45%, из них 63% приходится на детей. Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации подчеркивает, что из 14 млн. смертей в мире, связанных с инфекциями, около 3 млн. обусловлены заболеваниями, которые могли быть предупреждены вакцинацией [1]. ВОЗ уведомляет о необходимости увеличения иммунизации населения, снижении стоимости вакцин, уменьшении расходов по хранению и транспортировке вакцинных средств. Также, ВОЗ настоятельно рекомендует обратить внимание на потребность в инновационных

технологиях получения вакцин против инфекционных болезней. Большое значение придается безигольной доставке профилактических препаратов, поскольку рассматривается как одно из основных средств в достижении поставленных целей.

В настоящее время известно, что универсального метода вакцинации человека и животных не существует. В практике здравоохранения используется несколько способов введения вакцин: подкожный, внутримышечный, энтеральный (пероральный), аэрозольный (ингаляционный). К непарентеральным способам вакцинации также относятся интраназальный, конъюнктивальный, а также перректальный и интравагинальный пути введения, в двух последних случаях вакцины вводятся в виде свечей. Вышеперечисленные пути введения профилактических средств свидетельствуют о необязательном проведении вакцинации классическим образом - с помощью инъекционных методов. Новейший подход к созданию вакцинных препаратов подразумевает создание совершенно новых путей доставки вакцинных средств. Безигольные методы вакцинации безопасны и просты, они не вызывают отрицательных эмоций у прививаемых. Вакцинацию можно проводить в любых условиях, она не требует специального оборудования и аппаратуры. К тому же, отсутствует опасность передачи инфекций.

Перспективным направлением в области вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний является *чрескожная или транскутанная иммунизация* [2, 3]. Это новый «пластырный» метод ДНК-вакцинации, отличающийся своей высокой эффективностью и простотой применения. Данный вид вакцинации осуществляется с помощью накожной аппликации пластыря, содержащего антиген. Антиген проникает через кожу после аппликации и вызывает образование антител [2].

Пластырь имеет тысячу микроскопических игл в 250 микрон в ширину и 650 микрон в длину. Сверху микроиглы покрыты биоразлагаемой пленкой, в состав которой входит сам препарат и различные соединения, стимулирующие иммунитет и помогающие клеткам воспринимать дезоксирибонуклеиновую кислоту (ДНК).

Принцип действия вакцинного пластыря состоит в следующем: во время наклеивания на кожу пациента маленькие иголки проникают внутрь и оставляют в ранках полимерную пленку, содержащую цепочки ДНК. Несмотря на то, что микровыступы позволяют внедрять ДНК-вакцины внутрь кожи, они не проникают глубоко и не достигают нервных окончаний и кровеносных сосудов, что избавляет от боли и возможных осложнений. Пластырь отклеивается, а необходимые вещества остаются под кожей. Пленка постепенно распадается, а антиген с сопутствующими соединениями попадает внутрь иммунных клеток. Скорость высвобождения вакцины зависит от количества слоев полимерной пленки и гидрофобности полимера. По некоторым источникам после аппликации анти-

ген высвобождается достаточно быстро - буквально за доли секунды, по другим данным - в течение 15 мин, а некоторые ученые увеличивают сроки от нескольких дней до недель.

Эффективность нового «пластырного» метода ДНК-вакцинации против ВИЧ инфекции была испытана на мышах. Экспериментально была показана эффективность пластыря на уровне инъекций или даже выше. Спустя 30 дней после прививки попытка инфицирования мышей не имела успеха. В то же время у мышей, вакцинированных «пластырным» методом, концентрация вирусов в лёгких была намного меньше по сравнению с инъекционными животными.

Чрескожную иммунизацию вакцинным пластырем проводили и на обезьянах. Макакам вводили вакцину, содержащую частицы ДНК, кодирующие белки ВИЧ. В результате эксперимента доказано, что экспрессия генов, введенных с помощью пластыря, была выше в 140 раз, чем при подкожном введении.

Учитывая полученные результаты, ученые пришли к выводу, что данный вид вакцинации способствовал не только развитию эффективной иммунной защиты, а и спровоцировал более действенный иммунный ответ по сравнению с классическими вакцинами.

Министерство здравоохранения Японии сообщило о создании антигриппозной вакцины в виде пластыря, который представляет собой едва заметный кружок диаметром около 1 см. Пластырь представлен 250 микроиглами, каждая из которых состоит из гиалуроновой кислоты и спрессованного компонента вакцины против гриппа. Длина микроигл не более 0,8 миллиметра, что позволяет безболезненно провести инъекцию. Проведение клинических испытаний на пациентах показало, что эффективность «пластырной» вакцины сопоставима с классическими вакцинами-инъекциями, применяемыми в разных странах. Почти у половины пациентов в месте крепления пластыря наблюдалось покраснение и небольшое припухание кожи. Других побочных эффектов при транскутанной иммунизации людей новой вакциной не выявлено.

Американские учёные из университета Тафтса разработали пластырь с микроскопическими иглами из шёлка. Высота каждой иглолочки, в данном случае, достигает 500 микрометров, а диаметр её кончика – 10 микрометров. Микроиглы безболезненно прокалывают верхний слой кожи пациента, постепенно освобождая, заключённый в них препарат, после чего сами рассасываются. Ко всем существующим достоинствам «пластырных» вакцин, в данном случае, еще и добавляется создание шёлковых микроигл из природного материала. Ученые утверждают, что их микроиглы можно настраивать таким образом, чтобы они доставляли препараты с заданной скоростью.

Экспериментально доказано, что кожные пластыри, пропитанные В – субъединицей холерного токсина не только не обладают токсическим

эффектом, а активируют антиген – презентирующие клетки, находящиеся в коже. В результате описанной реакции, развивается антительный и клеточный выраженный иммунный ответ. Также, известно, что при добавлении к холерному токсину другого вакцинного антигена, иммунный ответ развивается к обоим компонентам.

В настоящее время ведутся разработки вакцинных препаратов для иммунизации людей против столбняка, дифтерии. Также создается «пластырная» антирабическая вакцина, широко применяемая для профилактики бешенства у животных [3].

Пока «пластырные» вакцинные препараты находятся на стадиях разработок и испытаний, в практику для использования введен Пластырь Экселон (ExelonPatch) компании Novartis. Он прошел успешные клинические испытания и одобрен к применению для лечения всех стадий болезни Альцгеймера. Пластырь Экселон представляет собой единственную трансдермальную терапевтическую систему с ривастигнином, одобренную для терапии болезни Альцгеймера. Результаты основных клинических исследований ACTION показали статистически значимые улучшения когнитивных и общих функций у пациентов, страдающих тяжелой стадией болезни Альцгеймера.

Положительной чертой транскутанной иммунизацией является:

- во-первых, отсутствие инъекционного метода введения вакцины, а значит безболезненность процедуры;
- во-вторых, отсутствие возможности заражения ВИЧ и др. инфекциями;
- в-третьих, простота хранения, они не требуют холодильников в отличие от живых вакцин;
- в-четвертых, легкость транспортировки, их проще перевозить на дальние расстояния;
- в-пятых, для проведения вакцинации не требуется специально обученный персонал и специальные условия;
- в-шестых, хорошо переносятся, развитие нежелательных побочных реакций меньше, чем после классических вакцин [1 - 3].

Многие ученые считают чрескожную иммунизацию перспективным направлением вакцинологии и предвещают ей большое будущее, как наиболее эффективной и экономически рентабельной в предупреждении инфекционных заболеваний. А массовые разработки «пластырных» вакцин являются прекрасным доказательством правомерности самой идеи транскутанной иммунизацией.

Литература:

1. Галицкая М.Г. Современные возможности вакцинопрофилактики [Текст] / М.Г. Галицкая // Справочник фельдшера и акушерки. - 2011. - № 6. - С. 19-24.

2. Медуницын, Н.
В. Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии
инфекцион-
ных болезней [Текст] : учеб.пособие / Н. В. Медуницын,
В. И. Покровский – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 512 с.
3. Учайкин В.Ф. Вакцинопрофилактика: настоящее и будущее [Текст]
/ В.Ф. Учайкин, О.В. Шамшева М., 2001.

Калечиц О.М.

ТУБЕРКУЛЕЗ В БЕЛОРУССИИ В КАНУН ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и
фтизиатрии», Минск, Беларусь*

В канун Первой мировой войны, по имеющимся немногочисленным сведениям, туберкулез был распространенным заболеванием в Белоруссии, представляющей в то время несколько губерний западной окраины царской России. По данным «Отдела о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1914 год», регистрировалось по Витебской губернии 51,5 случаев туберкулеза на 10 тыс. жителей, по Минской – 41,6, по Могилевской – 41,2. По Слуцкой округе в 1912 году смертность от туберкулеза составляла 11,31% от числа всех умерших. На каждую тысячу бедняков умирали от туберкулеза 62 человека[4]. На рубеже XIX-XX веков туберкулез занимал второе место после холеры [3].

Противотуберкулезная служба отсутствовала, больные выявлялись врачами общей практики только по клиническим признакам, а это приводило к диагностике запущенных форм туберкулеза. Специфических лекарств для лечения болезни в то время не было. Врачи могли использовать только симптоматические и общеукрепляющие методы терапии. Медицина была платной. Функционировали губернская больница и частные больницы общего профиля, в которые больных туберкулезом не принимали, они лечились и умирали на дому, заражая окружающих их здоровых людей [2].

Первым ростком зарождавшейся противотуберкулезной службы явилось создание в 1910 году Всероссийской Лиги борьбы с туберкулезом, а в следующем 1911 году были открыты первые в Белоруссии ее отделы в Бобруйске и Минске [5]. Инициатором создания отдела Лиги в Бобруйске и его председателем был врач 158-го пехотного Кутаисского полка Александр Иванович Лазаревич. За три месяца до открытия отдела Лиги, 24 апреля 1911г. в Бобруйске проведен день «Белого цветка», давший сбор около 625 рублей. В Минске 15 мая 1911г. проведен аналогичный день «Белого цветка», организатором которого был врач О.Л. Лунец,

секретарь, в последующем президент Минского городского научного общества врачей [1]. На собранные от жителей города пожертвования 20 октября 1912г. в г.Минске была открыта первая в Белоруссии амбулатория для больных туберкулезом со штатом: два врача (платных) и один фельдшер, медицинская сестра, лаборантка, санитарка. Эта амбулатория, которую возглавил избранный по конкурсу участковый врач Э.Л. Есьман, явилась прообразом будущего противотуберкулезного диспансера. В амбулатории применялась туберкулинодиагностика, туберкулинотерапия, были введены начальные принципы диспансеризации [3].

Несколько ранее, в 1904 г., врачебной общественности удалось добиться, чтобы в Минске при больнице «Доброчинность» открыли палату на 2 койки для впервые заболевших туберкулезом и 10 коек для хроников.

Мечтой А.И. Лазаревича было устроить под Бобруйском небольшую загородную дачу-колонию для туберкулезных больных. Но даже и на такую колонию денег не хватало. Для осуществления своих намерений А.И. Лазаревич попросил продлить срок его военной службы в Бобруйске еще на 7 месяцев, но, так и не дождавшись открытия колонии, в апреле 1912 г. вынужден был уехать в Москву. После отъезда А.И. Лазаревича председателем отдела Лиги стал генерал-лейтенант Е.А. Ферсман (отец известного академика Ферсмана). Сезонная дача-колония на 12 человек открылась в июле 1912 г. на окраине города – в Лагерной Слободе.

В годы Первой мировой войны А.И. Лазаревич принимал участие в военных действиях в качестве врача, а затем всю свою жизнь посвятил борьбе с туберкулезом. С 1918 до 1953 гг. он работал в НИИ туберкулеза Минздрава РСФСР, а с 1953 г. – консультантом в Московском областном противотуберкулезном диспансере и организованном им санатории для больных туберкулезом беременных женщин. Он же – автор книги «Туберкулез при беременности». Умер А.И. Лазаревич в 1961 г. на 85-м году жизни.

На заседаниях Минского научного общества врачей и на проводившихся в начале прошлого столетия съездах губернских врачей все больше внимания стало уделяться проблеме туберкулеза. На последнем, перед Первой мировой войной, III съезде врачей в январе 1914 года число докладов по туберкулезу удвоилось по сравнению со II съездом. М.Л. Кацнельсон доложил о работе дачи-колонии для больных туберкулезом, об издании брошюры и листовок «О чахотке», о проведении лекций врачами на эту тему среди населения. На съезде работал привезенный из Москвы передвижной музей Всероссийской Лиги борьбы с туберкулезом. Демонстрация экспонатов была поручена студенту V курса медицинского факультета Московского университета Ефиму Львовичу Маршаку, в будущем директору Белорусского научно-исследовательского института туберкулеза, проработавшему в этой должности с 1928г. по 1941г. и с 1946г. по 1959г.

Многие врачи (Э.Л.Есьман, М.Л. Кацнельсон, О.О. Федорович, С.И. Ратнер и другие), занимавшиеся лечением больных туберкулезом, пытались в печати и официальных документах актуализировать проблему туберкулеза в Белоруссии, но власти не прислушивались к их голосу.

На 1 января 1913 г. были организованы сезонные санатории для взрослых в г.Бобруйске на 15 мест и «Новинки» около Минска на 16 бесплатных мест и 2-3 платных по 50 рублей в месяц, кумысолечебницы «Почулянка» в Витебской губернии и «Игумене» в Минской губернии. Вот все, чем располагала Белоруссия для борьбы с туберкулезом в первые годы XX века. Начавшаяся летом 1914 года война с Германией, а затем Октябрьская революция и гражданская война затормозили на многие годы развитие противотуберкулезной службы. Прекратили свою деятельность отделы Лиги, не стали проводиться дни «Белого цветка».

Таким образом, государственной системы борьбы с туберкулезом в Беларуси в канун Первой мировой войны не было. Посильная помощь больным туберкулезом оказывалась филантропическими обществами, во главе которых стояли энтузиасты-медики.

Литература:

1. Калечиц, О.М., Попковский, М.А. //Проблемы фтизиатрической и пульмонологической служб на современном этапе: Сб. материалов VII съезда фтизиатров Республики Беларусь. – Минск. – 2008. – С.27-34.
2. Калечиц, О.М., Бочарова, Л.Н., Гриб, И.И. //Современные проблемы туберкулеза: Сб. материалов науч.-практ.конф.–Минск. – 2011. – С.288-291.
3. Кугель, М.Б. //Вопросы борьбы с туберкулезом: Сб. материалов I съезда фтизиатров Белорусской ССР.–Минск. – 1964. – С.41-45.
4. Ломако, М.Н. //Туберкулез и борьба с ним: Сб. материалов Юбилейной конф. – Минск. – 1969. – С.6-15.
5. Минские врач. известия. – 1911. - №8-9. – С.196-197.

Кандыбор Г.А.

МИНСКАЯ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКАЯ ШКОЛА В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

УО «Минский государственный медицинский колледж», Минск, Беларусь

1 августа 1914 г. началась Первая мировая война. Западные губернии Российской империи были объявлены на военном положении.

По свидетельству «Памятной книжки Минской губернии на 1915 г.»[1], Минская фельдшерско-акушерская школа продолжала свою работу в течение первого года военных действий. Известны имена преподавателей этого учебного заведения:

Моисей Наумович Шapiro; Лев Васильевич Берлянд; Лев Захарович Гутцайт; Давид Ицк-Уриевич Найдусь; Осип Аронович Фогель; Леонард Фелицианович Яроцинский.

В связи с прорывом фронта группировкой германской армии в сентябре 1915 г. в районе Свенцяи и захватом Вилейки возникла реальная угроза захвата г.Минска. Была проведена спешная эвакуация ряда предприятий и учреждений губернского города Минска. Среди эвакуированных учебных заведений оказалась и Минская частная фельдшерско-акушерская школа доктора Гутцайта.

Школа располагалась на Захарьевской улице в Минске, в доме Берковича. В «Памятной книжке Минской губернии на 1917 г.»[2] сообщается, что Минская фельдшерско-акушерская школа временно эвакуирована в г.Петроград. Более точную дату эвакуации школы указывает справка выданная слушательнице акушерского отделения Эмилии Константиновне Заровской, в которой доктор Гутцайт (заведующий школой) сообщает она была слушательницей учебного курса с 15.04.1915г.и вплоть до эвакуации школы в сентябре 1915г.[3]

Сам заведующий школой доктор Лев Захарович Гутцайт в годы военного лихолетья состоял врачом прививочного отряда Красного Креста

(декабрь 1915-май 1916 гг.), врачом в комитете Северного фронта «Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам (июнь-октябрь 1916 г.), врачом в комитете Западного фронта «Всероссийского союза городов» (октябрь 1916-февраль 1917 гг.)[4]

Весной 1918 г. в условиях немецкой оккупации Минская фельдшерско-акушерская школа возобновляет свою деятельность. Для преподавания в школе приглашаются известные врачи. Так, в мае 1918 заведующий школой доктор Гутцайт сообщает в Минское врачебное губернское управление, что преподавателем на акушерском отделении по предметам анатомии и физиологии приглашен врач Эммануил Исаакович Ланда (известный эндокринолог и в дальнейшем заведующий Минской Советской акушерской школы).[5]

В архивных материалах, датированных 20.09.1918 г., сохранился список 12 выпускников школы выдержавших экзамен на звание фельдшеров, фельдшериц, акушеров и оспопрививательниц.[6] Это был первый выпуск фельдшерско-акушерской школы после возвращения из эвакуации.

Обучение в школе было платным и из прошения о зачислении в число слушательниц Евы Михайловны Украинчик следует, что его стоимость на июнь 1918 г. составляла 150 руб. за семестр.[7]

Сохранились зачётные листы учащихся 1-го курса фельдшерского отделения за 1918-1919 уч. год, в которых отражалась их итоговая успеваемость по следующим предметам: анатомия, физиология, физика, зоология, ботаника и латинский язык.[8] Срок обучения составлял 3 года.

Большой интерес вызывает докладная записка заведующего Минской фельдшерско-акушерской школы доктора Л.З. Гутцайта от 06.11.1918 г. в адрес минского губернского врачебного инспектора, в которой содержится ряд обоснованных предложений по усовершенствованию профессионального медицинского образования. «Желая пойти навстречу Минскому губернскому земству в деле насаждения среднего медицинского образования и подготовки образованных и опытных фельдшеров и фельдшериц-акушеров, я нахожу, при сложившихся условиях возможным и желательным преобразовать Минскую фельдшерско-акушерскую школу по типу школ, вполне отвечающим задачам подготовки таких профессиональных земских работников, которые могли бы являться сознательно ответственными помощниками и сотрудниками врачей... Фельдшерское образование должно быть поднято на возможно большую высоту.» [9] К сожалению, эти слова практика-педагога не были услышаны и более того в Советской Беларуси будет развёрнута борьба с фельдшеризмом, а детище доктора Гутцайта - Минский медицинский техникум в сентябре 1924 г. будет закрыт.

В ноябре 1918 г. в условиях окончания немецкой оккупации Беларуси доктор Гутцайт предлагает следующие меры по реформированию медицинского образования:

1) увеличение продолжительности курса обучения до 5-ти лет. Из них 1-й курс общеобразовательный, 2-4 курсы специально-фельдшерские, 5 курс – акушерский по установленным программам и учебным планам;

2) ужесточение требований к уровню подготовки поступающих на курс обучения. К обучению допускаются лица обоего пола с возраста не менее 14 лет, предоставившие свидетельство об окончании (выдержавшие экзамен в знании) 4-х классного учебного заведения, городского училища, высшего начального училища или 2-х классных сельских учебных заведений;

3) практическая направленность обучения, которое осуществляется на базе губернской земской больницы в клиниках, амбулаториях и аптеках которой проходят практические занятия учащихся под руководством врачей-ординаторов;

4) руководство учебно-воспитательным процессом осуществляется педагогическим советом во главе с Минским губернским врачебным инспектором. В круг полномочий педагогического совета входят:

- постановка обучения и воспитания в школе,
- организация и проведение практического обучения учащихся,
- система проверки знаний учащихся, экзамены, приём и перевод учащихся,
- разработка учебных программ, рассмотрение учебников и утверждение расписания занятий.

Приглашение преподавателей производится по согласованию с Минской губернской земской больницей, заведующим школой и с сообщением Минскому губернскому врачебному управлению для окончательного утверждения;

5) выпускные экзамены проходят в присутствии Минского правлением губернского врачебного инспектора и успешная сдача их даёт учащимся звание фельдшера или фельдшерицы-акушерки;

6) источник денежных средств для содержания школы - это субсидия Минского губернского земства в размере 360 руб. за каждого учащегося.

Таким образом, предложения по совершенствованию подготовки фельдшерско-акушерских кадров вытекали из ситуации в профобразовании того времени и были направлены на усиление роли местного самоуправления в деле подготовки профессиональных кадров для нужд здравоохранения.

В заключении следует отметить, что, несмотря на ряд объективных трудностей, подготовка профессиональных медицинских кадров в годы 1-й мировой войны на территории Беларуси продолжалась. Особая роль в этой подготовке принадлежала врачам-педагогам, практикам медицинского образования, таким, как доктора Гутцайт, Ланда, Берлянд и другим.

Литература

1. [1] Памятная книжка Минской губернии на 1915 г. Мн., 1914.с.107
2. [2]Памятная книжка Минской губернии на 1916 г. Мн., 1916.с.76
3. [3]ГАМО, ф 735,оп2,д.7, л.92
4. [4]ГАМО, ф 735,оп2,д.5, л.28
5. [5]НИАБ, ф.299,оп 3,д.2274, л.24
6. [6]НИАБ, ф.299,оп 3,д.2274, л.26
7. [7]ГАМО, ф 735,оп2,д.7, л.184
8. [8]ГАМО, ф 735,оп2,д.7, л.197-198
9. [9]ГАМО, ф 735,оп2,д.7, л.36,93

Касымов Ч.Т., Белов Г.В.

ПРОФЕССОР БОРИС ФЕДОРОВИЧ МАЛЫШЕВ - ОСНОВОПОЛОЖНИК ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ И СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Кыргызско-Российский славянский университет, Бишкек, Киргизия

История жизни Бориса Федоровича Малышева сложна, хотя в публикациях 50-летней давности, как было положено в советской печати острые углы были сглажены и получился портрет большого ученого, но типичного труженика – строителя коммунизма [1,2]. В настоящее время в интернете стали доступны выжимки из Государственного архива Российской Федерации, и мы попытались соединить официальную хронику 50-летней давности, новые интернет-данные и сведения известные нам по рассказам старожилов кафедры патологической анатомии.

Борис Федорович Малышев родился в 1892 году в г. Санкт-Петербург в дворянской семье. Его отец Малышев Федор Степанович был крупным землевладельцем, банкиром-акционером, служил директором Департамента по торговле с иностранцами, являлся почетным гражданином г. Санкт-Петербург, известен также был как собиратель древностей [3]. Б.Ф.Малышев в 1910 г. после окончания гимназии с золотой медалью поступает в Медико-хирургическую Академию, из которой за участие в забастовке был исключен после 2 курса. В 1913 г Борис Федорович поступает на 3 курс медицинского факультета Дерптского университета, который заканчивает с золотой медалью на немецком языке в 1915 году. В период учебы Борис Федорович успешно занимается научными исследованиями в области регенерации печени и патологии внутренних органов при холере. Работы эти опубликованы в Вирховском и Пфлюгеровском Архивах в Германии и до сего времени цитируются учеными всего мира как классические. В 1915 году Борис Федорович добровольцем отправляется на фронт зауряд-врачом. В 1916 г. он попадает в плен к немцам. Ему удается бежать из Германии во Францию, затем он перебирается в Ан-

глию, из нее добирается до Греции и через Красный Крест Борис Федорович из г. Салоники возвращается в Россию. Добравшись до Харькова он устраивается приват-доцентом на кафедру патологии медицинского факультета Харьковского университета. По другим сведениям научную деятельность Борис Федорович начал под руководством проф. Г. С. Кулеша на кафедре патологической анатомии Ленинградского психоневрологического института [1]. Здесь он выполнил первые научные работы по патологической анатомии гриппа и холеры, одновременно вел и педагогическую работу. В 1918 г. – при призыве в РККА скрывался четыре месяца. В 1919 – под Царицыным перешел на сторону белых и служил врачом в армии Врангеля (в ранее опубликованных статьях говорится, что он служил в Красной Армии с 1918 по 1922 год). В начале двадцатых годов Борис Федорович работал в прозектуре Обуховской больницы для бездомных, заведовал прозекторским отделением клинической больницы «В память 25 октября» (1924–1935), одновременно работая ассистентом, потом доцентом кафедры патологической анатомии Государственного института медицинских знаний в г. Ленинграде (2 Ленинградского медицинского института) вместе с видными патологоанатомами профессорами Г.С. Кулешом, Ф.Ф. Сысоевым и С. С. Вайлем. Здесь он женится на Поповой (Малышевой) Наталье Сергеевне, также дворянке и коллеге, работавшей в то время консультантом здравотдела в Ленинграде. За это время активно публикуется, становится широко известным в кругах научной общественности в стране и за рубежом. Приведем лишь несколько научных работ опубликованных им до высылки из Ленинграда:

- Malyshev B.Ph. Einige histologische Beobachtungen ant isolierten Kauninchenohye // Virchow's Archive. -. 1926. B.259.

- Malyshev B.Ph. Weber die Role den Kupfferschen Zellen ber asseptischen Entzündung der Leber // Beitrag Z. allg. Path. U Z. Path. An. 1927. 78.

- Malyshev B.Ph. Weber die Reaktion der Endothels der Art carotis der Kauninchens bei doppelten unterbindung // Virchow's Archive. -. 1929. B.272.

- Malyshev B.Ph. Weber die Hematopoesie beim Axsolote nach Entfernung der Randzoneder Leber // Zieglers Reitr zun allg. Path. 1930.

1935 году по совокупности опубликованных научных работ и за заслуги перед наукой Борису Федоровичу присваивают ученую степень кандидата медицинских наук “*gonoriscausa*” без защиты диссертации. В 1935 г после убийства С.М. Кирова, Б.Ф. Малышева вместе с отцом, матерью и женой высылают из Ленинграда в село Атбасар Карагандинской области, в так называемый «Карлаг». В 1937 г его переводят в г.Уральск, а затем в г.Астрахань, где ему поручают организовать кафедру патологической анатомии в организуемом медицинском институте. После организации кафедры Бориса Федоровича вновь высылают в г.Уральск. В 1938 г. его переводят в г. Алма-Ата, где ему была предоставлена кафедра

патологической анатомии, которой он заведовал в течение года, читая лекции и проводя практические занятия.

Удивительно, но в этих экстремальных условиях Борис Федорович постоянно занимался научной работой. Может быть из-за своих научных работ он был вызволен из Карлага, ведь многие интеллигенты только за свое происхождение получали десять, двадцать лет тюрьмы и не смогли выжить в каторжных условиях или были расстреляны.

В 1939 г. Малышева высылают в г. Фрунзе, где он впервые в Республике организует патологоанатомическую и судебно-медицинскую службы. До 1940 года в городе Фрунзе прозекторская работа не велась, патологоанатомические вскрытия проводились sporadически судебно-медицинскими экспертами. В 1940 году Б.Ф. Малышевым была организована прозектура Фрунзенской горбольницы с патогистологической лабораторией, налажены гистологические исследования биопсий и секционного материала городских лечебных учреждений. Летом 1941 года в самом начале войны ему поручили организовать кафедру патологической анатомии. В кратчайшие сроки (два месяца) организована прозекторская, учебная комната, патолого-гистологическая лаборатория, фотолаборатория, приобретены 14 микроскопов, микротом, лабораторная посуда, реактивы – всего на 20 тысяч рублей. Б.Ф. Малышев сам взялся за изготовление макропрепаратов и микропрепаратов, к началу учебного года были изготовлены 500 микропрепаратов и 180 макропрепаратов. Часть макропрепаратов изготовленных тогда Б.Ф. Малышевым до сих пор хранится на кафедре без реставрации и используется в учебном процессе. Первых помощников он получил лишь в ноябре 1941 года, когда ассистентами кафедры были зачислены патофизиолог доктор мед.наук С.И. Франкштейн, эвакуированный из Москвы, ранее работавший в институте экспериментальной медицины у академика Сперанского, и профессор Пейсахович, заведующий кафедрой патанатомии Второго Харьковского мединститута. В военные годы С.Ф. Малышев утверждается в должности главного патологоанатома Минздрава республики и занимается развертыванием патологоанатомической службы, патогистологические лаборатории организованы при госпитале инвалидов Отечественной войны, при объединённой больнице №1. В послевоенные годы патологоанатомические отделения открываются в городах Ош, Пржевальск, Джалал-Абад, Нарын, Кызыл-Кия, Токмок, в селах Атбаши и Калининском. Сотрудники кафедры во главе с профессором Малышевым ежегодно выезжают в регионы, где оказывают соответствующую оргпомощь в совершенствовании прозекторского дела. Одновременно профессор Малышев выполнял ряд общественных нагрузок: был председателем Киргизского общества патологоанатомов, почетным членом Всесоюзного общества патологоанатомов.

Необходимо отметить необыкновенно глубокие и обширные знания Бориса Федоровича и его удивительную работоспособность. Зоб, силикоз,

эхинококк, туберкулез, новообразования, заболевания сердечно-сосудистой системы, инфекционные болезни людей и животных, гинекологические заболевания, болезни крови, нервной системы, костная патология и др. – таков диапазон патологоанатомических исследований Б. Ф. Малышева.

Главная заслуга профессора Б.Ф.Малышева – это подготовка научных кадров. Он был научным консультантом докторских диссертаций И.К. Ахунбаева (1948), А.Л. Брудного (1951), Авессаломова, Панкратова, Полковникова (1952), Дановича Ф.М. (1957), З.И. Игембердиева (1959), И.Н.Канторович (1961), Е.А. Стегайло (1962), Г.А. Гудзовского (1964), В.М. Перелыгина (1964), Е.А. Френкель (1967). Среди его учеников академик К.Р. Рыскулова, профессора И.Т. Калюжный, М.И. Китаев, А.А. Ильин, Б.С. Мамбеталиев и многих-многих других.

Бориса Федоровича характеризовали такие замечательные черты русской интеллигенции, как бесконечная доброта и стремление помочь каждому человеку, кто бы он ни был. В его кабинет никогда не закрывалась дверь. Большая эрудиция ученого и личное обаяние привлекают к Борису Федоровичу многочисленных научных работников, не только медиков, но и биологов, агрономов, ветеринаров и т. д.

Реабилитирован Борис Федорович был в 1965 г. Народ и правительство оценили его заслуги в науке и обществе. Ему (бывшему дворянину и белогвардейцу) в 1961 году был вручен орден Ленина, присвоено звание «Заслуженного деятеля науки Киргизии». Постановлением Совета Министров Республики решено присвоить имя Малышева Б.Ф. кафедре патологической анатомии КГМИ и установить на здании второго корпуса мединститута на улице Логвиненко 18 мемориальную доску с барельефом Бориса Федоровича Малышева. Барельеф выполнила заслуженный художник Киргизской республики Ольга Максимильяновна Мануйлова. К сожалению, память человеческая коротка. Около 10 лет назад при ремонте второго корпуса КГМА барельеф Бориса Федоровича Малышева – памятник истории был снят и утерян.

Литература:

1. ГАРФ. Ф. Р-8409. Он.1: Д. 1298. С. 107-113; Д. 1484. С.243.
2. Борис Федорович Малышев (к 70-летию со дня рождения) // Архив патологии, 1962. -№4. С. .94-95)
3. Борис Федорович Малышев (к семидесятилетию со дня рождения) // Советское здравоохранение Киргизии. 1962.-№4.- С.63-64.

Кириллова Е.Н., Кухта Е.А.

ДРЕВНЯЯ ГРЕЦИЯ – КОЛЫБЕЛЬ АКУШЕРСКОЙ МЫСЛИ АНТИЧНОСТИ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Беларусь*

В Древней Греции рождение ребенка считалось событием исключительно для женщины, так как утверждало роженицу в статусе матери патриархальной семьи, особенно, если рождался мальчик. При этом роженицы молились Асклепию и Артемиде о поддержке.

В то время акушерки происходили из различных социально-экономических слоев и пользовались различной степенью уважения в зависимости от их профессиональной подготовки. Вместе с тем в Греции были мужчины, а иногда и женщины – целители, прошедшие обучение на основе эмпирически полученных со времен Гиппократов знаний и имевшие высокий социальный статус. Они оказывали помощь в родах, а иногда работали вместе, если роды были трудными. А акушерки, не прошедшие обучение медицине Гиппократов, полагались на свои секретные лекарственные средства, такие как талисманы и амулеты.

Но уже в то время акушерское пособие не оставалось сугубо практическим делом. Применялись попытки описания и систематизации известных данных. Так, римский врач греческого происхождения Соран Эфесский опубликовал гинекологический трактат («О женских болезнях» (Gynēkaia)), в котором поднимал вопрос теории акушерства и предлагал рекомендации по нормальным и патологическим родам, описал способы контрацепции и прерывания беременности, комплекс ранних признаков беременности и её течения. Данный труд оставался основным источником по акушерству, гинекологии до XVII в. Он ввел процедуру под названием поворот плода на ножку, которая помогала извлечь плод при его поперечном положении. Соран также описал применение родильного стула и перечислил обязанности и необходимые навыки акушерки. Иногда он советовал применять щипцы при трудных родах. Соран также подробно описал оборудование, используемое при нормально протекающих родах.

Акушерка должна иметь:

- оливковое масло (чистое, не использованное ранее в кулинарии);
 - теплую воду;
 - теплые компрессы (мази, накладываемые на тело);
 - мягкие морские губки;
 - куски ваты;
 - бинты (для пеленания младенца);
 - подушку (на которую следует положить ребенка);

- смеси для вдыхания (мята болотная, грязь, перловая крупа, яблоки, айва, лимоны, дыня, огурцы); они использовались так же, как мы используем нашатырный спирт – для выведения из обморочного состояния;
- акушерский стул или кресло (являлись собственностью акушерки, она приносила их с собой в дом роженицы);
- две кровати (жесткая, для использования во время родов, и мягкая, для отдыха после них);
- подходящее помещение (средних размеров и с умеренной температурой).

Соран дает хорошее описание акушерского стула, который использовался непосредственно при родоразрешении и никак не раньше начала сократительной деятельности матки. Видимо, и акушерки и врачи считали, что роды проходят легче, если роженица сидит прямо. В сиденье стула было предусмотрено полулунное отверстие, через которое проходил ребенок. По бокам находились подлокотники в форме буквы «П», за которые женщина могла держаться во время родов. У стула была прочная спинка, в которую женщина упиралась бедрами и ягодицами. В своем описании Соран отмечает, что у некоторых акушеров стулья были без спинки, поэтому кто-то должен был стоять за спиной роженицы, чтобы ее поддерживать. Однако это было не очень хорошо из-за опасности того, что женщина может соскользнуть, откинувшись назад. Соран считал, что бока у стула от сидения до пола должны быть полностью закрыты, в то время как передняя и задняя части открыты, что создает оптимальные условия для работы акушерки. Позже Соран отметил, что если акушерского стула нет, то роженица может сидеть на коленях у другой женщины, которая, само собой, должна быть очень сильной, чтобы надежно удерживать женщину до конца родов. Это было разумным предложением для бедных семей, если акушерка, которую они нанимали, не имела средств для приобретения такого стула. И действительно, в одном из писем Alciphron описывает акушерку, принесшую с собой только набор инструментов.

В начале родов вызывали акушерку и подготавливали необходимое оснащение. Во время родов роженица лежала на спине на твердой низкой кровати с поддержкой бедер, причем ступни были составлены вместе, а бедра разведены. Для облегчения схваток Соран рекомендует провести легкий массаж, положить на живот и половые органы тряпку, смоченную в теплом оливковом масле, приложить к боковым стенкам живота женщины грелку, наполненную подогретым маслом. Когда шейка матки начинала раскрываться, акушерка указательным пальцем левой руки (с коротко подстриженными ногтями) осторожно втирала в нее оливковое масло для стимуляции процесса раскрытия. Когда шейка открывалась до размеров куриного яйца, роженицу перемещали на акушерское кресло,

если она не была слишком слаба для этого. В последнем же случае, роды проводили на жесткой кровати.

В ситуациях, когда ненормальное положение ребенка затрудняло роды, акушер поворачивал ребенка в утробе или встряхивал кровать в попытке внешним путем добиться изменения положения плода. Мертвый ребенок, который не мог быть рожден, расчленялся при помощи острых инструментов и удалялся с помощью «компрессионных щипцов». Не отделившаяся плацента удалялась с помощью противовесов, извлекавших ее при приложении силы. Обезболивающие и седативные средства использовались только при чрезмерных страданиях матери, связанных с осложнениями родов. Боль, связанная с родами, рассматривалась как продуктивная и считалась частью процесса.

Таким образом, акушерская помощь в Древней Греции носила эмпирический характер с попытками некоторых ученых обобщить и проанализировать известные данные. При этом, невзирая на низкий уровень знаний о природе и механизмах развития осложнений, акушерки умели достаточно эффективно с ними справляться. Однако, как и во все времена, материнская смертность имела место и была обусловлена в первую очередь инфекционными заболеваниями, бороться с которыми научились лишь спустя тысячелетия.

Литература:

1. Obstetrics and Midwifery [Электронный ресурс] / Encyclopedia of Children and Childhood in History and Society. – Режим доступа: <http://www.faqs.org/childhood/Me-Pa/Obstetrics-and-Midwifery.html>. – Дата доступа: 24.05.2014.

2. MIDWIVES AND MATERNITY CARE IN THE ROMAN WORLD [Электронный ресурс] / Indiana University. – Режим доступа: <http://www.indiana.edu/~ancmed/midwife.HTM>. – Дата доступа: 24.05.2014.

Коваленко И.П., Гранько С.А.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Согласно данным эпидемиологических исследований, потребность в лечении кариеса и другой патологии твердых тканей зубов остается высокой во всех возрастных группах населения многих стран СНГ. В связи с этим актуальным является лечение патологии твердых тканей на ранних стадиях развития и с применением малоинвазивных методов.

Первое проведение реминерализующей терапии известно как противокариозная флюоризация. Министерство здравоохранения СССР в

своих приказах (1948) регламентировало метод противокариозной флюоризации и включило его в качестве обязательного мероприятия при проведении плановой санации. Данный метод основывается на использовании пасты Лукомского получившей название “нафэстезин”. В состав пасты входит 75% фтористый натрий и глицерин в соотношении 3:1. Фтористый натрий проникает в эмалевую ткань, а затем и в дентин в результате втирания фтористой пасты или раствора фтористого натрия. Эффективность способа зависит главным образом от длительности соприкосновения фтористого натрия с эмалью и концентрации раствора. Чем концентрирование раствор, тем короче может быть срок соприкосновения фтористого натрия с поверхностью зуба.

В 1975 г. в Рижском медицинском институте Г.Н.Пахомовым, Е.В. Боровским, А.Я. Лусте был разработан препарат “Ремодент”. Это реминерализующий препарат, содержащий минеральные вещества, полученные из костей и зубов животных при их химической обработке. Примерный элементарный состав: кальция 4,35%, фосфора 1,35%, магния 0,15 %, калия 0,2%, натрия 16 %, хлора 30 %, органических веществ 44 %, микроэлементов до 10%. Белый порошок, растворим в воде. При контакте с эмалью зубов неорганические элементы ремодента интенсивно диффундируют в ее поверхностный слой, что ведет к благоприятному изменению его биофизических свойств - проницаемости и растворимости в кислотах. Курс реминерализирующей терапии по методике Г.Н. Похомова составлял 10-15 аппликации ежедневно или через день. Для реминерализации при начальных кариозных поражениях, флюорозе и других поражениях твердых тканей зубов. Рекомендовались также полоскания для профилактики кариеса у детей начиная с 7 лет. Поскольку срок хранения раствора был ограничен (не более 14 дней), это вело к неудобству использования данного препарата.

В 1979 г. успешно использовался метод Е.В. Боровского и П.А. Лёуса основанный на применении в виде аппликаций 10% раствора глюконата кальция в сочетании с 2% раствором фторида натрия. Продолжительность курса составляла 10-15 процедур ежедневно или через день.

Разработанные В.Г. Сунцовым и В.К.Леонтьевым (1981) методы реминерализующей терапии базировались на воспалении минерализующих компонентов не только в тканях зуба, но и в окружающей зубы среде. Реализация подхода была осуществлена за счет создания нового реминерализующего состава, моделирующего по минерализующим свойствам состав и свойства слюны как естественной биологической жидкости полости рта. Для реминерализации использовался твердый раствор-гель с соотношением в нем ионов кальция и фосфора от 1:3 до 1:4, что соответствует здоровой слюне. Также авторами был предложен подход к созданию реминерализирующих средств на основе искусственного моделирования эмали зубов человека. По мнению авторов, средство должно быть

перенасыщено кальцием и фосфором, но не настолько, чтобы снижать их активность. Эти требования были реализованы (В.К. Леонтьев, В.Г. Сунцов (1981)) при создании нового средства в виде геля модели –«эмаль», концентрация солей кальция в котором до 2 вес %, фосфора – до 1%, гелеобразователь – 2%, остальное- растворитель (вода). Соотношение ионов кальция и фосфора – 2:1.

В 70-е годы прошлого века профессор А.Кнаппвост предложил метод глубокого фторирования твердых тканей зубов. В основе глубокого фторирования лежат химические реакции, происходящие при последовательной обработке твердых тканей зуба раствором фтористых силикатов магния и меди и суспензией высокодисперсного гидроксида кальция, что приводит к формированию фторсиликатного комплекса. Данный комплекс спонтанно распадается с образованием микрокристаллов фтористого кальция, магния, меди и полимеризованной кремниевой кислоты. В клинике терапевтической стоматологии для глубокого фторирования применяются «Тифенфлюорид» (Humanchemie, Германия), «Глуфторэд» («ВладМиВа», Россия) и т.д.

В 1972 г. R. Yamagataetal. установили, что при обработке кариозного дентина фторидом диамминсеребра образуется нерастворимый фосфат серебра (желтого цвета), что и увеличивает твердость обработанных твердых тканей зубов. Полученные сведения дали основание использовать серебрение твердых тканей зубов для профилактики и лечения кариеса временных и постоянных зубов, а также лечения гиперестезии твердых тканей зуба. Широкое применение фторид диамминсеребра в практической стоматологии связано с выпуском препарата “Сафорайд “(Saforide”, Япония), содержащего 38%-ный раствор диамина фтористого серебра. Препараты на основе фторида диамминсеребра применялись в виде аппликаций на поверхность зуба в течение 40-60 секунд курсами 1-2 раза в год.

В 80-е годы появились также инновационные технологии, такие как метод инфильтрации. Он был основан на достижении кариесстатического эффекта за счет закрытия эмалевых пор, являющихся «входными воротами» для проникновения кислот и выхода растворенных минералов. Методика была разработана профессором Н. Meyer-Lueschel и доктором S. Paris. Она базируется на удалении псевдоинтактного слоя эмали 15 %-ной соляной кислотой с последующим заполнением очага поражения смесью синтетических смол, имеющих определенные реологические свойства (низкая вязкость) и соответственно более высокую проникающую способность (высокий коэффициент пенетрации).

В XXI веке появились публикации, посвященные применению зубного крема “GCToothMousse”. Это средство изготовлено с использованием нанотехнологий получения специфических фосфопротеинов из коровьего молока- казеинфосфопептида-аморфного фосфата кальция – CPP-ACP(“ Recaldent”). Технология получения реколдента и его состав, по

мнению Л.Д. Уолша (2010), отвечают требованиям идеального реминерализующего средства.

В последние десятилетия наряду с перечисленными средствами для процесса реминерализации используются: растворы, пасты, гели, содержащие фториды, кальций, фосфаты и другие минеральные компоненты (Боровский Е.В., Завьялова Т.Г., 2002; Орловский В.П. 2002).

Методы лечения дефектов твердых тканей зуба за последнее столетие претерпели значительные изменения. Это связано с развитием медицинских технологий, методов изучения структуры зуба, а также с широким ассортиментом фармакологических препаратов. Новые подходы к лечению начального кариеса и некариозных поражений зубов с использованием новых поколений реминерализующих препаратов позволят увеличить эффективность лечения пациентов с данной патологией.

Литература:

1. Луцкая И.К. Практическая стоматология: 4-е изд.- Минск: Беларуская навука, 2003.- 360с.
2. Лукомский, И.Г. Терапевтическая стоматология: / учебник И.Г.Лукомский, 1960.- 495с.
3. Терехова Т.Н., Бутвиловский А.В., Бурак Ж.М. Возможность применения препаратов фторида диамминсеребра в детской стоматологии / Т.Н. Терехова., А.В., Бутвиловский., Ж.М. Бурак // Современная стоматология. -2009.- №1. – С.57-59.
4. Гранько С.А., Есьман А.А., Баранников С.В. Микроинвазивное лечение кариеса методом инфильтрации эмали // ДентАрт.- 2011.-№1.- С. 59-65.
5. Paris S., Meyer-Lueckel H. // J. Dent. Res. – 2008. – V. 87. – P.1585.

***Ковецкая Е.Е., Кравчук И.В., Малейчик Т.Н, Доронина Ю.В.,
Кондрашина А.В.***

ИСТОРИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОДОНТИИ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

История эндодонтии начиналась много веков назад. Уже тогда люди пытались лечить зубную боль. Во времена Греческой и Римской империи боль в зубе пытались снять путем выжигания пульпы. Так арабский хирург Абул Касим Аз Захрапи (1122 г.) проводил прижигание пульпы зуба маслом или огнем. Но чаще всего больные зубы удалялись. Впервые древнеримский врач К. Celsus (25 г. до н. э.-50 г. н. э.) в книге «О медицине» предложил сохранять, а не удалять больные зубы. Он рекомендовал при зубной боли применять различные полоскания. В данном трактате приводятся рецепты эликсиров из отвара пятилистника, смешанного с ви-

ном, из настойки корня белены и др. Такие методы устранения зубной боли существовали вплоть до XVI в.

В XVI веке впервые было описано анатомическое строение пульпы. Это в корне изменило методы лечения осложненного кариеса. Итальянский проф. Fabriciusab Aguapendente (1609 г.), рекомендовал вводить в полость зуба серную кислоту, а французский дантист Р. Fauchard (1728 г.) использовал метод прижигания пульпы зуба раскаленными тонкими швейными иглами. Эти «нетрадиционные», с точки зрения эндодонтии, методы получили широкое распространение в Западной Европе и применялись вплоть до 30-х годов XIX в.

В XVIII в. дантисты начали изучать строение полости зуба и корневых каналов, что позволило проводить лечение пульпита и апикального периодонтита более современными методами. Так в 1778 г. J. Hunter (Англия) предложил очищать корневые каналы от нерва. Единственным способом лечения зуба он считал полное удаление корневой пульпы. В 1824 г. Delmond (Франция) предложил удалять нерв из канала с помощью тонкого зазубренного инструмента. И только спустя почти сорок лет в 1866 г. фирма S. S. White (США) изготовила и запатентовала тонкие и гибкие инструменты для удаления нерва из канала «Nerve extractors» и инструменты для расширения корневого канала «Gates Glidden».

Однако, почти до конца XIX в. безболезненное удаление пульпы и препарирование корневого канала зубасчиталось тогда для дантистов трудновыполнимой задачей. Поэтому, ученые должны были найти способ некротизации пульпы. Это произошло в 1836 г., когда дантист Shearjashub Spooner (США) описал способ «умерщвления нерва» мышьяковистой кислотой. Это событие дало новый толчок в развитии эндодонтии, так как позволило безболезненно удалять воспаленную пульпу.

В середине XIX века появляются первые работы по пломбированию каналов, авторы которых считают чрезвычайно важным после обильного спринцевания карболовой кислотой, проводить плотное пломбирование центрального канала. Для obturation рекомендовали использовать золото, олово, а позже каучук или цемент, который представлял собой гипс, смоченный карболовой водой. В 1850 г. начали применять гуттаперчу – сгущенный сок гуттаперчевого дерева в соединении с цинком, мелом и воском.

В конце XIX века началось бурное развитие эндодонтии. В 1872 г. Adolf Witzel произвел первую ампутацию пульпы. В 1884 г. впервые было произведено удаление пульпы под анестезией. В 1885 г. появились инструменты для расширения каналов Butelrock и Drill reamer. Нельзя не отметить открытие Рентгена, которое позволило уже в 1895 г. сделать первую рентгенограмму зубов. Таким образом, как отмечал Р. Ford, в конце XIX и начале XX столетия началось интенсивное изготовление зубоврачебного инструментария, а в результате теоретических разработок

ученых и практических мероприятий дантистов терапия корневого канала достигла значительных успехов.

Следующим этапом развития будущей эндодонтии стал 1911 г., когда дантист William Hunter сообщил о выздоровлении больных с системными заболеваниями после удаления инфицированных зубов. В то же время ученым Bilings (1918 г.) была сформулирована теория фокальной инфекции, которая так же послужила поводом для массового удаления депульпированных зубов. Дальнейшие исследования, благодаря широкому внедрению в практику рентгенографии, показали, что возникновение ряда заболеваний связано с наличием очага инфекции у верхушки корня депульпированного зуба. Поэтому в 1913 г. Альбрехт предложил «резорцин-формалиновый метод» для лечения непроходимых каналов зубов. И уже позже в 1919 году Е. С. Rosenow открыл и доказал понятие «одонтогенной инфекции». В нашей стране проводились многочисленные исследования по этой проблеме. В первую очередь, следует указать на работы Я. С. Пеккера (1944), подробно описавшего клиническое проявление одонтогенной инфекции. Лукомский И. Г. (1955); Naarasalo M. (1989) указали на присутствие эндотоксинов в корневом канале зубов с некротизированной пульпой, которые вызывают воспаление в периапикальных тканях.

Таким образом, ученые доказали необходимость механической обработки и тщательной obturation корневого канала зуба. Появились ручные и машинные эндодонтические инструменты, такие как K-Reamer, K-File, Hedstroem-File и др. В 1950 г. фирма «Antaeos-Werke» в Мюнхене в впервые разработала цветовой код для идентификации размеров инструментов. Это цветовое кодирование впоследствии получило всемирное распространение как ISO-стандарт.

В конце 40-х и начале 50-х годов появились работы, которые определили дванаправления развития эндодонтии. Начало первого из них положили Johnston и Orbon, которые в 1948 г. впервые опубликовали данные о том, что дентин и пульпа являются единым морфофункциональным комплексом, что позволило строго определить локализацию эндодонтического вмешательства - в пределах полости зуба. В период 50-х годов появляются сообщения отечественных исследователей, в том числе и И. Г. Лукомского, а также зарубежных Fabricius L. et al. (1982), указывающие на изменения у верхушки корней зубов, леченных с выведением инструментов и пломбировочного материала за верхушку, что подтверждает данную теорию.

Второе направление начало формироваться примерно в это же время. Автором его стал А. . Анищенко (1935), который предложил в качестве корневого наполнителя фосфат-цемент. Он высказал мнение, что в случае резорбции костной ткани у верхушки корня фосфат-цемент нужно выводить за верхушечное отверстие в очаг деструкции. Это направление получило развитие в 50-е годы и поддерживалось Е. Е. Плотниковым, М. И.

Грошиковыми и др. Разработанный «метод заапикальной терапии», по мнению авторов, раскрывал новые возможности медикаментозного лечения хронического периодонтита.

В 1978 американскими учеными-стоматологами была разработана система «Термафил», которая в литературе впервые описана ученым W.B. Jonson. В том же году учеными был разработан никель-титановый сплав, из которого стали изготавливать прочные и гибкие эндодонтические инструменты. Очень важным для дальнейшего развития эндодонтии было образование комитета Международной организации стандартизации (ISO), который и в настоящее время строго следит за соблюдением методов лечения осложненного кариеса. В 1994 г. Европейское общество эндодонтистов разработало и опубликовало стандарт эндодонтического лечения, который регулярно уточняется и совершенствуется.

Современная эндодонтия развивается стремительно. Активно внедряется в практику система машинных и ручных инструментов, способных создать конусность канала и «ковровую дорожку». В настоящее время не возможно представить лечение каналов зубов без ротационных и реципрокных эндодонтических моторов и инструментов. Искривленные и узкие каналы зуба, ранее не доступные для врача-стоматолога, сегодня могут быть инструментально расширены и качественно запломбированы, что позволяет сохранить вылеченный зуб в качестве функционирующего органа в зубной дуге. Для пломбирования корневых каналов зубов используются конусные гуттаперчевые штифты и современные материалы, достаточно инертные к тканям организма. С появлением эффективных материалов для временного пломбирования корневых каналов зубов отмечаются успехи в лечении хронических форм периодонтитов. Восстанавливаются коронки эндодонтически леченых зубов, с использованием активных и пассивных внутриканальных штифтовых конструкций.

Таким образом, приведенные исторические данные показывают, какие успехи были достигнуты учеными за период становления эндодонтии как отдельного направления в стоматологии.

Литература

1. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение: Пособие для врачей.- Москва, 1997. - 64 с.
2. Клиническая эндодонтия / Лейф Тронстад. Пер. с англ. Под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 288 с.
3. Эндодонтия. Стивен Коэн. Ричард Бернс.- СПб.: Мирисемья.-95; Интер-лайн, 2000.- 696 с.

Конрой М.Ш.

РОССИЙСКАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОМЫШЛЕННОСТЬ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Колорадский Университет в Денвере, США

Лекарственные и дезинфекционные средства необходимы для медицинской помощи и здоровья общества. В российской империи накануне первой мировой войны было почти 4000 аптек и 10.000 аптекарских магазинов. Они находились в городах европейских губерний и Сибири. В 1913 г. имелось почти 300 химических предприятий: 7 – производили суперфосфаты, 16 – анилин и бензол, 22 – азотную кислоту, 26 – соляную кислоту, 32, включая кустарные, серную кислоту. Было приблизительно 100 фармацевтических предприятий. Некоторые из них – иностранные, как Шеринг, Баиер, Мерк, Парк-Давис. Однако, не существовал завод Гоффмана-ла Роша в российской империи, Швейцарская компания продавала свои препараты через агентства. Некоторые земства изготавливали фармацевтические препараты, вакцины, сыворотки и антитоксины. Но большинство средств против оспы, тифа, брюшного тифа, скарлатины, дифтерии были изготовлены в институтах в Уфе, Москве, Киеве, и в других городах. Российская армия имела ряд фармацевтических предприятий.

Тем не менее, большинство владельцев фармацевтических предприятий были частные. Русские граждане и их предприятия работали во всех губерниях в империи. В начале 20 века 7 фармацевтических предприятий были в Лифляндии и Эст Ланде, 3 в Кременчуге, 7 в Твери (городе и губернии), 2 – в Казани, 2 – в Костромской губернии, 3 – в Нижнем Новгороде. Олонец, Двинск, Кавказские губернии, Киев, Саратов, Харьков, Минск и Гродно – каждый имели по крайней мере одно фармацевтическое предприятие. Сантонина, средство очень важно для американской свиной индустрии, производилось в Средней Азии и мыловарений завод был там же. Завод “Арс” создан в Вильне в 1911. В 1913 г. было 13 фармацевтических предприятий в Риге, в Варшаве; 10 химико-фармацевтических заводов и 13 мыловаренных и парфюмерных заводов. 12 фармацевтических заводов находились в Петербурге, 32 – в Москве. Форма собственности – закрытое товарищество или акционерное общество. Некоторые российские фармацевтические предприятия были большие – Келлер и Ко, Феррейн, Юротат и другие, – у некоторых были аптеки - филиалы. Товарищество В.К. Феррейна в Москве получало премии на товары на иностранных выставках, а его Никольская аптека была самая большая в мире. Келлер и Ко производил и продал фармацевтические препараты, российские и иностранные, домашние товары – мыло, туалетная бумага, дезинфицирующие средства, дополнительную еду – все необходимые для здоровья.

Российские фармацевтические предприятия изготавливали половину фармацевтических товаров. Другая половина была импортная, при том что Российская империя была богата на лекарственные растения. Многие экспортировались в том числе в Америку. Для лечения эндемической малярии нужно было импортировать хинин и кокаин из Германии. Россия импортировала так же йод из Германии, которая имела монополию. Алкалоидов опия из снотворных маков в Российской империи было так же недостаточно, и Россия импортировала опий из Османской империи или Персии. Новые препараты из опия – героин и морфин были импортные от немецких фирм. Новые химические препараты как сальварсан и фенацетин тоже были импортные. У российской империи была угольная и нефтяная индустрия, Россия изготавливала и экспортировала нафталин и керосин. Иностранные фирмы имели патенты, российские предприниматели должны были долго ждать, чтобы получить разрешение на изготовление новых лекарств от Медицинского совета при Министерстве внутренних дел. Было дешевле импортировать, чем производить некоторые средства из-за низких таможенных тарифов, а некоторые земства считали, что иностранные лекарства лучшего качества, чем российские.

Ситуация в фармацевтическом секторе изменилась во время Первой мировой войны. В армии болезни и инфекции были более опасны чем ранения. В 1914 г. самыми серьезными болезнями являлись тиф и холера, в 1915 г. – брюшной тиф, дизентерия, туберкулез, грипп. Мыло, йод и другие дезинфекционные средства, хлороформ, морфин и другие анальгетики были очень востребованы. Но невозможно было импортировать препараты из Германии, и из иностранных фирм которые действовали через нейтральные страны, особенно Швецию. Были другие проблемы. Эвакуация заводов из Ревеля и Риги обусловила разрыв продукции. Было трудно получить разрешение от государства отгружать медицинские товары через железнодорожную сеть. Медицинские цены стали выше из-за снижения ценности рубля. В 1915 г. фармацевтические заводы в Польше были под контролем немцев.

Рост цен и лекарственный голод сопровождал первые месяцы войны. Российское правительство реквизирировало немецкие предприятия Шеринг, Фарбверк, и Баиер в Москве. Франция имела свои фармацевтические проблемы, но продавала арсенобензол и новарсенобензол в Россию. Англия послала небольшие количества аспирина, салициловой кислоты, хинина и других препаратов; кокаин поступал из Нидерландов. Россия получала препараты от Американских и Японских предприятий. И особо важно, российская фармацевтическая промышленность увеличивала продукцию самых нужных средств и производила импортированные до войны средства.

2-го августа 1914 г. собралась, включая представителей некоторых Министров, Красного Креста, и 7 оптовых фармацевтических фирм, ко-

миссия под управлением профессора Г.Э. Рейна. Речь шла о запасе самых важных препаратов как йод, висмут, ртуть и ценах на них. Это заседание – символ деятельности в фармацевтическом секторе во время войны. Сотрудничество между правительством и владельцами фармацевтических предприятий, аптек, представителями земств, научными институтами, университетскими центрами, православной церковью, и простыми людьми дало позитивные результаты. Для платежа разные группы и общества, private инвесторы – иностранные и российские – собирали миллионы рублей. Экспорт ликоподии, солодковой корня и сантонина в Америку продолжался и государство получало деньги.

Провизоры, фармацевты, университетские профессора открыли методы изготовления лекарств импортируемых до войны как аспирин, пирамидон, хлороформ, новокаин, кофеин. Медицинский совет быстрее разрешал производить актуальную продукцию. Существующие и вновь построенные заводы и фабрики производили новые лекарства из химических средств и растений. Например, сотрудничество профессора из научного общества в Москве и В. К. Феррейна, началось в 1914, производило хлороформ, уротропин, и эфир. В 1916 завод Феррейна производил салициловую кистолу и другие важные средства. В конце 1914 новый завод химического общества “Русская Краска” начал производство новарсолана. В 1915 Тентелевский завод в Петербурге и филиал в Киеве, завод в Перми изготавливали хлороформ. Боржом завод на Кавказе изготавливал скипидар, завод Прохорова там же производил гидроскопейный хлопок. Профессор Чичибабин построил фабрику для производства алкалоидов как морфин, кодеин, дионин, героин, атропин и теобромин. Профессор Реформацкий из Киевского университета открыл методы изготовления 15 медицинских средств, неизготавливаемых в российской империи как хлороформ, новокаин, атропин, аспирин, эфир. Производства морфия были в Юрьеве, Эстланде, в Ташкенте. В декабре 1915 масло из рыбы, до войны импортное из Норвегии, получили в Архангельске. Продукцию бензола и толуола, нужную для оружия и новых средств как аспирина, увеличили в Донецке и в Баку в 1915. В 1916 г. производство фенола, бензола и салициловой кислоты было больше, чем в Англии. В 1917 г. 120 фармацевтических предприятий – хотя большинство только фабрики или кустарные, работали только в Украине.

Бактериологические институты увеличили продукцию вакцин. Киевский Институт успел в 1915г. изготовить вакцины против стрептококка, оспы, гонококка, тифа, скарлатины, токсин против дифтерии, желатин, сахарные, и картофельные дополнения.

Много организационной было работы, чтобы получить йод. Станция в Белом море не заработала. Но с 1915-го по 1918-й года станция в Одессе произвела 1000 кг металлического йода, 2500 кг тинктура йода, 50 кг йодных препаратов и 3000 т дезинфекций. Станция в Томске произвела

2000 пудов йода. Станции в Каспийском море и в Охотском морях также производили йод.

Монастыри и институты создали сады чтобы выращивать чинхоное дерево, касторку, и другие важные растения. Ботанические книжки были изданы, школьники и взрослые собирали лекарственные растения, в том числе в Сибири.

Не все работы развернулись. Например, в 1916 г. производство мыла было недостаточным, цены оставались высокими.

Короткевич Т.В.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ БЕЛАРУСИ НА РУБЕЖЕ XIX-XX ВЕКОВ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического
здоровья», Минск, Беларусь*

Психиатрическая помощь населению, проживающему на территории современной Беларуси (в Витебской, Гродненской, Минской и Могилевской губерниях), на рубеже XIX-XX веков оказывалась в психиатрических отделениях больниц приказов общественного призрения. Состояние учета психически больных в связи с недостаточным количеством врачей и психиатрических коек для оказания помощи было неполным. Тем не менее, по данным 1-й Всероссийской переписи населения 1897 года, количество психически больных, проживающих в Витебской, Гродненской, Минской и Могилевской губерниях, составляло 28 836 человек, что составляло 0,4% населения указанных губерний. Наибольшее число больных проживало в Могилевской губернии (8 801 или 30,5% от общего числа больных), наименьшее – в Гродненской губернии (4 516 или 15,7%). Число психиатрических коек составляло: в 1897 г. – 190 (в Витебской губернии – 40, Гродненской – 30, Минской – 60, Могилевской – 60) [1]. В 1889 г. число коек увеличилось до 210 за счет открытия психиатрического отделения на 20 коек при Минской еврейской больнице (в настоящее время – 3-я городская клиническая больница им. Е.В.Клумова). Однако с учетом отсутствия внебольничного этапа оказания психиатрической помощи такого числа коек было явно недостаточно для лечения всех нуждающихся. Одна психиатрическая койка приходилась на 130-150 больных [1]. По свидетельствам очевидцев, психиатрические отделения были переполнены, в некоторых из них число больных превышало число коек в 1,5-2 раза [1]. В психиатрические отделения часто помещали больных-хроников, которые находились там годами, в то время как больные в состоянии обострения психического расстройства оставались без специальной помощи и ухода. Пациенты страдали от недостаточного питания, антисанитарных условий, отсутствия прогулок на свежем воздухе. В от-

делениях часто применялись меры физического стеснения: помещение в отдельные палаты-камеры, связывание, приковывание цепями. Имел место дефицит работников, обученных уходу за пациентами. Ночью пациенты были предоставлены сами себе или находились под наблюдением надзирателя. Смертность в таких отделениях была очень высокой (20% и более) [1].

Для улучшения оказания психиатрической помощи населению северо-западного региона России в 1903 г. была открыта Виленская окружная лечебница для душевнобольных на 1000 коек, в которой жителям Гродненской, Витебской и Минской губерний было выделено по 150 «правительственных» или бюджетных и 50 «частных» или платных коек. Однако, несмотря на улучшение условий пребывания и использование прогрессивных форм ухода и лечения пациентов, количество поступлений пациентов в лечебницу в последующие годы резко сократилось в связи с нецелевым использованием выделенных коек [3].

Совершенствование оказания психиатрической помощи в начале XX века связано с учреждением в Витебской, Минской и Могилевской губерниях выборных земств. Одним из направлений деятельности земств было «заведывание лечебными и благотворительными заведениями, попечение о призрении бедных, неизлечимых больных и умалишенных» [3]. Земский период оказания психиатрической помощи в России, начавшийся в 60-е годы XIX века, характеризовался внедрением научно-обоснованных подходов к призрению и лечению психически больных, включающих распределение пациентов в зависимости от тяжести их состояния, организацию патронажа, использование трудотерапии в качестве лечебного воздействия, применение принципа «нестеснения», как основы больничного режима [2].

На территории Витебской, Минской и Могилевской губерний больницы приказов общественного призрения были реорганизованы в губернские земские больницы. Однако, несмотря на проведенную реорганизацию, психиатрические отделения губернских земских больниц оставались перегруженными, больные находились в крайне тяжелых условиях. В психиатрическом отделении Минской губернской земской больницы не было дифференцированного размещения больных, изоляторы для «беспокойных» пациентов больше напоминали «конюшню, чем лечебницу» [1]. Больные находились там без всякого присмотра, в условиях чрезмерной скученности: на одного пациента приходилось около 1,5 куб. саженей воздуха. В 1907 году Минский врачебный инспектор С.П. Урванцев так описывал психиатрическое отделение Минской губернской земской больницы: «Палаты сплошь заняты кроватями ... в коридорах и палатах невыносимое зловоние ... в изоляторах больные на соломе. ... Белье и одежда – вид убогого тряпья» [3].

В начале XX века количество больных в психиатрическом отделении Минской губернской земской больницы возросло с 265 в 1908 г. до

450 в 1911 г., расходы на их содержание увеличились за указанный период в 1,9 раз [1]. Однако потребность в психиатрических койках была намного выше. В это время в Минской губернии проживало около 2,5 тысяч психически больных, половина которых требовала ухода и лечения. Охват психически больных стационарным лечением был недостаточным. Так, по данным правительственных отчетов в земских губернских больницах число больных, страдающих психическими расстройствами, на 1 января 1912 года составляло: 163 – в Витебской губернии; 256 – в Минской губернии, 169 – в Могилевской губернии [3]. По сведениям ординатора психиатрического отделения Минской губернской земской больницы Ф.С.Петрасевича, на 220-ти психиатрических койках находилось лишь 7% от общего количества психически больных Минской губернии, в то время как в Московской губернии – 25% [1]. В этот период ежегодный прирост больных в психиатрическом отделении составлял более 10%.

Таким образом, на рубеже XIX-XX веков сформировался выраженный дефицит как специалистов в области оказания психиатрической помощи, больничных коек соответствующего профиля, так и различных организационных форм ее предоставления населению. В целях улучшения оказания психиатрической помощи населению, наряду с идеей о децентрализации помощи, рассматривался вопрос о создании большой психиатрической лечебницы в центре региона (в г.Минске) для различных категорий пациентов, которая бы располагала «разнообразным материалом больных», «вспомогательными учебными средствами» и осуществляла бы организационное руководство психиатрической службой (Е.А. Копыстинский). Создания такой лечебницы под Минском началось в 1914 г., когда для этих целей был приобретен участок земли на хуторе Новинки, бывшем владении помещика Верниковского. Однако реализации этих планов помешала 1-я мировая война. В дальнейшем в 1918 г. на хуторе Новинки была организована Первая Советская трудовая колония душевнобольных (в настоящее время – Республиканский научно-практический центр психического здоровья). Первыми жителями колонии стали 40 пациентов, страдающих психическими расстройствами, и медицинский персонал, переведенные из госпиталя для инвалидов 1-й мировой войны в Лошице. В дальнейшем, передовые идеи того времени в области оказания психиатрической помощи населению (учет всех психически больных, развитие внебольничных видов помощи, полноценное государственное финансирование психиатрических учреждений, правовое регулирование психиатрической помощи) легли в основу создания психиатрической службы и были успешно реализованы на практике.

Литература

1. Костейко Л.А. Развитие психиатрии в Белоруссии (конец XVIII века – 1960 г.). – Диссертация на соискание ученой степени кандидата мед наук, Минск, 1970. – 419 с.

2. Некрасов В.А. Особенности организации психиатрической службы Санкт-Петербурга в дореволюционный период / Организационно-правовые аспекты оказания психиатрической помощи: материалы республиканской научно-практической конференции (Минск, 29 октября 2013 г.) / Минск: Профессиональные издания, 2013. – С. 57-59.

3. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии / Под ред. Б.Д. Петрова. – Москва: Медгиз, 1951 – 480 с.

Корсун Е.В., Корсун В.Ф., Малышко М.А.
СОСТОЯНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В РОССИИ В ПЕРИОД
ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Институт фитотерапии, РУДН, Москва, Россия

В 2014 г. исполняется 100 лет с памятной даты начала первой мировой войны, одного из самых широкомасштабных вооружённых конфликтов в истории человечества, унесшей жизни около 20 миллионов жизни на поле боя, от голода и эпидемий.

Как отмечали современники, Россия катастрофически не была готова к этой войне. С первых дней войны острейшим образом проявилась неспособность России обеспечить лекарствами не только нужды фронта, но и собственных мирных граждан. Мировым монополистом производства растительного сырья в начале XX века была Германия, основной военный противник России, обеспечивающая около 85% российского фармацевтического рынка. С началом военных действий Германия прекратила поставку лекарств в Россию, в России наступил «лекарственный голод». «Мировая война застигла нас врасплох. До сих пор лекарственные препараты мы получали из Германии и Австрии, находясь в полной зависимости от зарубежных рынков. Это экономическое рабство, особенно ощутительное сейчас, заставляет нас проснуться и создать свою собственную лекарственную промышленность, во избежание по возможности покупки иностранных лекарственных препаратов», - так в 1915 г. писал Александр Густавович Клинге, известный русский химик-технолог, фармацевт в предисловии к своей книге «Лекарственные, душистые и технические растения» (1). Обидно, но в настоящее время наша страна так же, как и сто лет назад, зависит от иностранных производителей лекарств. Как мы знаем, колоссальные усилия в дальнейшем потребовались СССР для создания собственной полноценной фармацевтической промышленности.

Российские растения экспортировались за рубеж, собственного масштабного фармацевтического производства фитопрепаратов в России не было. В спешном порядке были предприняты меры по изысканию сырьевых баз лекарственных растений. Как отмечает С.И. Ляликов (1968), в 1915 году Управление санитарной и эвакуационной части произвело сбор

различных лекарственных растений на Кавказе и в других местах, а также организовали плантации некоторых растений. Только в 1916 году были проведены экспедиционные обследования дикорастущей лекарственной флоры по выявлению ресурсов отечественных заменителей импортного сырья, широко развернулись фитохимические исследования. Однако резкого сдвига в обеспечении растительным сырьем не наступило, Россия не смогла преодолеть лекарственный кризис (2, 6).

В ходе затяжных боевых действий армейские госпитали оказались без марли, перевязочного материала, йода, ваты, резко возросла потребность в лекарствах, оказывающих антисептическое и кровоостанавливающее действие. Именно во время первой мировой войны медики-энтузиасты впервые в официальной медицине применили вместо ваты болотный мох сфагнум, обладающий обеззараживающими и сорбирующими свойствами. Еще в 1775 г. доктор Г. Берлин (2) рекомендовал мох сфагнум для перевязки ран. Что же касается народных лекарей, то в их руках сфагнум отлично заменял роль ваты уже в 14 веке. В лечебниках восхваляется способность болотного мха высушивать "нежить" (гной), сукровицу, очищать раны и язвы, способствовать их заживлению.

Ученые заинтересовались растениями, которые вызывали сужение сосудов или повышали свертываемость крови. Еще в 1912 г. провизор Питровский обратил внимание на кровоостанавливающее действие травы водяного перца (горца), которую издавна с этой целью применяли в народной медицине. Трава была изучена профессором Военно-медицинской академии Н.П. Кравковым, который подтвердил наличие у растения кровоостанавливающего действия. Для лечения раненых в этот период применялись препараты корней кровохлебки аптечной, листьев крапивы, травы пастушьей сумки, цветков кошачьей лапки двудомной, верхушек зверобоя, травы и корней таволги вязолистной, свежий сок, а также настои и отвары тысячелистника обыкновенного. Рубленые раны посыпали пеплом из травы или порошком из сушеных листьев и корней таволги (3). Наружное кровотечение останавливали с помощью трутовика лиственничного или гриба порховки.

Как указывает директор Крымского республиканского НИИ физических методов лечения и климатологии д.м.н., проф. С.С. Солдатченко (5), во время первой мировой войны эффективным методом лечения боевых ран – инфицированных и гангренозных ран, ожогов было применение эфирных масел растений. По его словам, при их лечении «наибольшую опасность интоксикация, возникающая из-за всасывания поверхностью ран и ожогов продуктов распада тканей микробных токсинов. Именно здесь проявляются исключительные преимущества эфирных масел перед другими препаратами благодаря их способности соединяться с продуктами распада тканевых альбуминов, что приводит к образованию нетоксичных веществ, легко выводимых из организма. Вследствие местной нейтрали-

зации эфирными маслами микробных токсинов ускоряется процесс регенерации тканей и заживления ран. Подобные свойства наиболее выражены у лаванды, розмарина, шалфея, кориандра, чабреца. Гангренозные язвы еще в годы первой мировой войны эффективно излечивали эфирными маслами. В госпиталях широко практиковались аппликации с эфирными маслами, для влажных повязок использовал 1%-ную масляно-водную эмульсию, для обширных ран применяли жирные повязки. При этом отмечали быстрое заживление ран, отсутствие токсических явлений и рубцов» (5). Важными достоинствам эфирных масел являются применение их в малых дозах, быстрота наступления эффекта, не только выраженные противомикробные, противовоспалительные, но в ряде случаев и обезболивающие свойства (эфирное масло лаванды, эвкалипта, шалфея, мяты, сосны, пихты и др.). Масло лаванды способствует быстрому отторжению некротических тканей при лечении ран, язв, ожогов. Как обезболивающее применяется эфирное масло эвкалипта шарикового, это масло подавляет развитие воспалительного процесса в тканях при ожогах, «гасит горение тканей», то есть предупреждает глубокое повреждение тканей термическим фактором. Эфирные масла могли помочь и при «траншейной стопе» - разновидности холодового повреждения ног, впервые описанном в период первой мировой войны у солдат при длительном пребывании их в сырых траншеях, когда ноги в течение нескольких дней находятся в сырости и холоде. С 1914 г. в английской и русской армиях использовали чесночный раствор как средство дезинфекции ран, для предупреждения развития гангрены, это позволило сберечь многие жизни воюющих, так как хороший прогноз имели только легко раненные, абсолютное большинство солдат и офицеров с серьезными ранениями погибали либо на поле боя, либо на этапах эвакуации. Врачи назначали «солдатскую диету с чесноком и луком», препятствуя распространению среди раненых инфекционных заболеваний. Это было необходимо, так как были распространены дизентерия, туберкулез, брюшной тиф, менингит, столбняк, пневмония, дифтерия.

Выводы: в тяжелые годы первой мировой войны впервые на государственном уровне была показана необходимость создания фундаментальной отечественной научной фитотерапии, фармакологии, фармацевтики, лекарственной агрономии, лекарственной геоботаники, что и было реализовано в СССР в позднейшие годы.

Литература

1. Клинге А.Г. Лекарственные, душистые и технические растения: Культура, сбор и заготовка дикорастущих растений и обработка их. Первое издание. - Петроград, 1916. - 674 с., ил.
3. Корсун Е.В., Корсун В.Ф. История фитотерапии в дерматологии. - М., 2013. - 386 с.
4. Костюк А.Л., Чирков А.И. Военная фитотерапия (Целебная сила растений). Учебное пособие. М.: Воениздат, 2002. - 279 с. - ил.

5. Сало В.М. История фармации в России. – М.: Литтера, 2007. – 256 с.
6. Солдатченко С.С., Белоусов Е.В. Ароматерапия. – Симферополь, ГП «Издательство и типография «Таврида», «Таврия», 2006. – 480 с.
7. Федотова А.А. Российские ботанико-географы в годы «Второй отечественной». – Сб. «Наука, техника и общество России и Германии во время первой мировой войны». – СПб, 2007. - С. 364-390.

Костюченко Е.В.

**РАЗВИТИЕ ЗНАНИЙ ОБ ИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ И МЕТОДАХ БОРЬБЫ С НИМИ
ДО ЗАРОЖДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ: ОСНОВНЫЕ
ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ**

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев,
Украина*

Еще на ранних этапах существования человек встречался с инфекционными заболеваниями. Представление о возможности передачи заболевания от больного к здоровому человеку, о необходимости изолирования больных и оказания им надлежащего лечения существовали у древних людей, о чем свидетельствуют множество письменных и археологических памятников прошлого. Знания народной медицины, которые накапливались и передавались из поколения в поколение, не были систематизированы, и поэтому часто наряду с точностью и наблюдательностью характеризовались грубостью и неточностью. И все же в течение многих веков народная медицина была единственной медицинской помощью и является одним из важнейших источников знаний для современной профессиональной медицины.

Врачи давно вынашивали идею борьбы с инфекционными заболеваниями с помощью различных веществ неорганического и органического происхождения. Научное изучение инфекционных заболеваний началось относительно недавно. Это одна из самых молодых дисциплин в медицине.

В 1546 г. итальянский ученый, врач и писатель Джироламо Фракасторо (1478-1553) опубликовал свой основной труд «De contagione et contagiosis morbis et curatione libri tres» («О контагии, контагиозных болезнях и лечении») в трех книгах, где выдвинул свою концепцию распространения заразных заболеваний. Он предложил идею о том, что главными возбудителями болезни являются «контагии» – невидимые живые заразные частицы, которые передаются от больного к здоровому через прямой контакт, то есть при непосредственном прикосновении к больному, или косвенный – при контакте с его вещами, или даже на расстоянии сквозь воздух; при этом, воздухом передаются не все болезни, а прямым

путем – все. Этим он значительно пошатнул тогдашнее представление о «миазмах» – заразных испарениях, которые, считалось, вызывали ряд заболеваний. Первая книга посвящена общим теоретическим положениям и обобщению взглядов предшественников Дж. Фракасторо – Гиппократ, Фукидида, Аристотеля, Лукреция Кара, Плиния Старшего, Галена, Ибн Сины и других. Во второй книге речь идет о заразных болезнях (об оспе, коре, чуме, малярии, бешенстве, проказе, английской потливой лихорадке). В третьей описаны известные в то время методы их лечения. Дж. Фракасторо один из первых выдвинул общую теорию эпидемических болезней и описал много заразных болезней, так как чума, проказа, оспа, корь. Уже тогда Дж. Фракасторо был уверен в специфичности действия заразы (возбудителя). Он ввел понятие «инфекция» (лат. *infectio* от *infectere* – проникать, отравлять). Термин «дезинфекция» также принадлежит Дж. Фракастаро. От этих понятий произошло название «инфекционные заболевания», введенное немецким врачом К. Гауфеландом (1762-1836).

Другой врач тех времен – Парацельс – ввел использование ртутных препаратов для лечения сифилиса. Больных он лечил малыми дозами ртути, и только четыре века спустя было создано лекарство на основе ядовитого мышьяка. Парацельс также эффективно применял плацебо, лечебное действие которого связано с подсознательными психологическими ожиданиями пациента. Он предложил новые антисептики, а также настой опия для анестезии.

Однако отсутствие достаточных знаний о природе заболеваний было препятствием для создания четкой теории. Формирование микробиологии как науки создало реальные условия для поиска специфических средств борьбы с возбудителями болезней. Работа ученых в этом направлении привела к формированию самостоятельной медико-биологической научно-практической дисциплины – химиотерапии.

Химиотерапия – направленное действие на патологический процесс, вызванное микроорганизмами или другими паразитами с помощью лекарственных средств, обеспечивающих уничтожение возбудителя или подавление его размножения и ограничение патогенного воздействия. Данный термин также касается клеток злокачественных новообразований, поскольку они имеют признаки паразитизма. Химические соединения, которые способны ингибировать их жизнедеятельность, относятся к химиотерапевтическим препаратам. При лечении болезней другого происхождения применяют термин «фармакотерапия».

1891 считается датой зарождения химиотерапии. В это время российский врач-терапевт, профессор Дмитрий Леонидович Романовский (1861-1921) впервые доказал возможность специфического действия хинина на возбудителя малярии в организме человека. Он провел ряд исследований, в результате которых было обнаружено, что при лечении малярии хинин наносит больший вред паразиту, чем хозяину. Это открытие

имело большое историческое значение, поскольку ранее считалось, что лечебные средства лишь усиливают защитные реакции организма, непосредственно не влияя на паразита. Д.Л. Романовский выдвинул предположение о возможности существования веществ, которые специфически подавляют паразитов и наносят минимальное воздействие на организм хозяина, однако данная идея долгое время оставалась без внимания.

Дж. Фракасторо, Парацельс и Д.Л. Романовский сделали наибольший исторический вклад для того, чтобы такое направление, как химиотерапия, зародилось. В данной работе представлены основные их научные достижения, сыгравшие важнейшую роль в истории медицины.

Кравчук И.В.

ИСТОРИЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ФИССУР ПОСТОЯННЫХ И ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

*ГУО «Белорусская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Фиссуры и ямки на жевательных поверхностях зубов, составляющие лишь 12,5% от общей поверхности, с давних пор рассматриваются учеными как зоны, наиболее чувствительные к кариесу. Многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют, что созревание эмали в фиссурах является длительным процессом и во многом зависит от глубины и формы этих анатомических образований, степени омывания слюной и наличия в фиссурах зубного налета. Аппликации фторсодержащего геля, полоскания 0,2% раствором фторида натрия, кальций-фторсодержащие гели типа «слюна» наиболее эффективны для минерализации гладких поверхностей зубов. При этом темп созревания эмали увеличивается в 2-4 раза. Однако их применение в глубине фиссур не способствует полному созреванию твердых тканей, что влечет за собой развитие кариозного процесса.

Основываясь на протеолитической теории кариеса, Howe (1917), Klein, Knutson (1942) предположили импрегнировать в эмаль фиссур нитрат серебра (в т.ч. – для «стерилизации поверхности зуба»). Younger (1949) апплицировал нитрат серебра на поверхность эмали и осаждал серебро хлоридом кальция. Предлагались аппликации хлорида цинка и ферроцианида калия. Авторы сообщали о повышении резистентности химических обработанных зон к кислотному воздействию и о значительной редукции кариеса окклюзионных поверхностей. Однако последующие клинические наблюдения не подтвердили эффективность коагуляционных методов.

Предложенная методика «расширение ради профилактики» (Black G.V., 1921) предполагала особую технику препарирования зуба, уже имеющего кариес в некоторых ямках и фиссурах. Предполагалось одномоментное расширение зоны препарирования кариеса в область здо-

ровых смежных фиссур и ямок и заполнение всей полости амальгамой. Эта методика была принята большинством практических врачей и применялась более полувека. Однако недостатком оставался значительный ущерб, наносимый здоровым тканям зуба ради ретенции амальгамы, а также эстетические характеристики амальгамы не удовлетворяли современным требованиям к пломбировочным материалам.

Профилактическая одонтоотомия (Nyatt, 1923) - это метод, заключающийся в препарировании некариозных фиссур для последующего пломбирования их амальгамой. Bodecker (1929) рекомендовал применять еще более решительные меры, преобразуя все фиссуры в широкие («не ретенционные») без последующего их пломбирования. Автор полагал, что обнаженный в результате препарирования дентин приобретет свойства вторичного дентина и обеспечит резистентность его к кариесу. Этот метод оказался экономически не выгодным, т.к. предусматривал большой объем оперативной работы и давал низкую редукцию кариеса.

В дальнейшем были предприняты попытки заполнять естественные фиссуры пломбировочными материалами: цинк-фосфатным, медным, силикофосфатным цементами и акриловыми пластмассами. Плотные (вязкие) неадгезивные материалы не заполняли объем фиссур и быстро выпадали. Стало очевидно, что эффективную защиту могут обеспечить лишь биосовместимые материалы, имеющие высокую текучесть, прочную связь с тканями зуба и значительную устойчивость к разрушающим факторам, эмитирующие из своей структуры фтор.

В 60-х годах Bowen предложил новую основу стоматологических пломбировочных материалов - Bis-GMA (продукт реакции между бисфенолом А и глицидилметакрилатом), давшую начало современному классу композиционных материалов. Bis-GMA имеет хорошую адгезивность к тканям зуба, высокую вязкость и длительное время отверждения. Для получения эффекта текучести, необходимого для заполнения фиссур, к Bis-GMA и его химическим аналогам добавили низковязкие мономеры (метилметакрилат). Созданные композиции полимеризуются либо при смешивании компонентов (химиополимеры), либо под воздействием внешних источников энергии света (фотополимеры). Первые полимеры отверждались под воздействием УФО, современные полимеры - под воздействием видимого света в зоне голубого цвета.

Революцией, давшей мощный импульс развитию идеи герметизации фиссур, стало изобретение Buonocore (1967) - эффект микромеханической ретенции композита на эмали, предварительно обработанной фосфорной кислотой. В качестве герметиков автором последовательно были использованы композиции на основе цианокрилатов (сохранность через год - 52%) и композиции на основе полиуретанов: Eroxylite с 10% монофторфосфата натрия, Elmexprotector с аминфторидом. Однако они не сохранялись в фиссуре дольше 6 месяцев, редукция кариеса не была отмечена.

В настоящее время хорошо себя зарекомендовали современные Bis-GMA-силанты. Они могут быть прозрачными и опаковыми, окрашенными в тон зуба или в контрастные тона. Прозрачные и «в тон зуба» герметики эстетичнее, но, будучи незаметными на зубе, очень трудно поддаются контролю ретенции. Bis-GMA-силанты могут быть ненаполненными и наполненными, т.е. содержать соответственно менее 20% и более 20% объема неорганических частиц. Для герметизации фиссур можно также использовать эмалевые бонд-агенты, поверхностные герметики и жидкие композиты (Revolution, FiltekFlow, FlowLine и другие). Для герметизации фиссур постоянных зубов эффективным является использование светоотверждаемых материалов (FissuritF, FlowLine). Применение у 6-7 летних детей этих композитов уже через 1 год приводит к снижению прироста кариеса фиссур на $96,6 \pm 6,7\%$ и $94,3 \pm 4,2\%$ соответственно.

Накоплен опыт применения химически отверждаемых стеклоиономерных цементах - СИЦ («Витакрил», FujiGlassionomer, Agualonoseal) и светоотверждаемых СИЦ (Vitribond) в качестве герметиков. СИЦ – продукт взаимодействия порошка алюмофторсиликатного стекла и водного раствора полиакриловой кислоты. Это материал с высокой текучестью, гидрофильный, образует ионные связи с компонентами эмали и дентина: водород карбоксильных групп соединяется с кальцием тканей зуба. Кроме того, СИЦ повышает минерализацию прилежащих тканей, выделяя из своей структуры ионы фтора. К недостаткам относят его невысокую устойчивость к механической нагрузке. Однако СИЦ обеспечивает высокий уровень редукции кариеса (80-90% за два года) вне зависимости от сохранности герметика в фиссуре. В результате аппликации СИЦ кислотостойчивость эмали повышается на 20%.

Метод глубокого фторирования предложен немецким профессором С. Кнаппвост (1978). Под глубоким фторированием понимают образование субмикроскопических кристаллов CaF_2 внутри разрыхлённой зоны эмали после двухфазного импрегнирования препаратом «Эмаль – герметизирующий ликвид» (фирма HumanchemieGmbH, Германия). «Эмаль – герметизирующий ликвид» (ЭГЛ) состоит из двух жидкостей. Состав жидкости №1: безводный фтористый силикат магния, безводный фтористый силикат меди, фтористый натрий (в качестве стабилизатора), дистиллированная вода. Состав жидкости №2: высокодисперсная гидроокись кальция. Метод глубокого фторирования проявляет наибольшую эффективность при многократном применении. Через 1,5 года редукция прироста кариеса постоянных зубов составляет $66,9 \pm 7,3\%$, временных зубов - $74,6 \pm 7,9\%$.

Литература:

1. Виноградова Т.Ф. Организация профилактики кариеса зубов у детей в различные возрастные периоды / Т.Ф. Виноградова, Н.В. Морозова. – М.: Медицина, 1987. - 257с.

2. Кравчук И.В. Современные подходы к выбору средств и методов герметизации фиссур / И.В. Кравчук, Г.В. Бинцаровская // Современ. стоматология. – 2002. – №4. – С.16-19.

3. Луцкая И.К. Современные аспекты профилактики кариеса зубов у детей // Экологическая антропология: Материалы VII Междунар. науч.-практ. конф. “Экология человека в постчернобыльский период”. – Минск, 1999. – С.186-188.

4. Современные технологии профилактики кариеса ямок и фиссур зубов: герметизация и профилактическое пломбирование: Учебное пособие для студентов стоматологического факультета / МГМИ; Сост. Э.М. Мельниченко, Т.В. Попруженко, Е.А. Кармалькова, А.И. Яцук. – Минск, 1998. – 50с.

5. Knappwost A. Mineral sealing of dental enamel for caries prevention; basis and possibilities // DZW Spezial. – 1978. – Vol.33, №3. – P.192-195.

Кралько А.А.

РАЗВИТИЕ БЕЛОРУССКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ЗДРАВООХРАНЕНИИ В 40 – 60-Х ГОДАХ XX ВЕКА

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического
здоровья», Минск, Беларусь*

История развития белорусского законодательства в XXвеке в научной литературе представлена недостаточно широко. Вместе с тем, в Беларуси во второй половине XXвека издавалось большое количество нормативных правовых актов, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи. Часто актуальность тех или иных документов была вызвана особенностями развития социально-экономической ситуации в республике. Особым историческим периодом были послевоенные годы, когда остро стояли вопросы борьбы с инфекционными заболеваниями, а также серьезные вопросы обеспечения здравоохранения БССР медицинским кадрами.

Для решения кадровой проблемы, восстановления количества среднего медицинского персонала были изданы постановления Совнаркома Белоруссии «О подготовке медицинских сестер для республики» (28 марта 1944 г.) и «О подготовке колхозных медсестер в системе общества Красного Креста» (19 марта 1945 г.).

В соответствии с постановлением Совнаркома СССР № 935 от 30.04.1945 г. «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению», а также приказом Наркомздрава СССР №325 от 24.05.1945 г., постановлением Совнаркома БССР №865 от 16.06.1945 г. была начата организация онкологической службы. К другим важным нормативным документам в области здравоохранения, изданным непосредственно в послевоенные годы, относятся:

- постановление Совнаркома БССР от 27 июня 1944 г. № 358 «О мероприятиях по борьбе с малярией в освобожденных районах БССР»;
- постановление Совнаркома БССР от 10 января 1945 г. № 22 «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского и бытового обслуживания женщин и детей»;
- постановление Совета Министров БССР от 13 сентября 1946 г. № 1755 «О мероприятиях по расширению сети и улучшению работы станций скорой помощи и пунктов неотложной помощи»;
- постановление Совета Министров БССР от 24 сентября 1946 г. № 1796 «О мероприятиях по борьбе с малярией».

Строительству лечебных учреждений и детских яслей при промышленных предприятиях министерств и ведомств БССР было посвящено соответствующее постановление Совета Министров БССР от 11 января 1949 г. № 19, мероприятия по расширению сети детских учреждений и родильных домов предусматривались постановлением Совета Министров БССР от 14 июля 1949 г. № 813.

В последующие годы Министерством здравоохранения БССР издавался ряд приказов, касающихся организации новых специализированных подразделений и совершенствования обслуживания населения. Так, приказами Министра здравоохранения БССР от 19 мая 1950 г. № 182 и от 25 мая 1956 г. № 134 был определен порядок направления больных в г. Минск на консультацию и стационарное лечение. Направление больных на консультацию, обследование и лечение в г. Минск разрешалось только областными медицинскими учреждениями и областными специалистами через облздравотдел, с предварительным запросом Министерства здравоохранения БССР или главных врачей клинических больниц.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 марта 1955 г. №23-м регламентировались мероприятия по профилактике и лечению эндемической зубной болезни и дальнейшему улучшению специализированной эндокринологической помощи населению БССР. В соответствии с этим документом предписывалось организовать зубно-эндокринологические кабинеты в областных городах и городах областного подчинения. В районных больницах прием эндокринологических больных возлагался на одного из терапевтов, во всех областных больницах выделялось по 10 коек для лечения эндокринных больных. В течение 1955 года население должно было быть обследовано на заболевание зобом путем подворного обхода. Предусматривалась система диспансерного учета больных, профилактика заболевания населения зубной болезнью в эндемических по зобу областях.

Важным документом явилось постановление Совета Министров Республики Беларусь от 26 января 1955 г. №44 «Об упорядочении выплаты пособий по временной нетрудоспособности и выдачи больничных листов». Министерству здравоохранения БССР предписывалось улуч-

шить экспертизу трудоспособности в лечебных учреждениях и установить строгий контроль за правильностью выдачи больничных листов лечащими врачами, обеспечить своевременное направление лечебными учреждениями длительно и часто болеющих рабочих и служащих на освидетельствование в врачебно-трудовую экспертную комиссию (ВТЭК) при наличии признаков стойкой утраты трудоспособности и ввести такой порядок, при котором длительно болеющие должны направляться во ВТЭК не позднее четырех месяцев со дня наступления временной нетрудоспособности или не позднее пяти месяцев в общей сложности при повторных заболеваниях.

Из числа значимых документов, изданных в 50-е годы Правительством по вопросам здравоохранения, следует отметить:

- постановление Совета Министров БССР от 7 января 1950 г. № 33 «Об упорядочении сети и установлении единой номенклатуры учреждений здравоохранения»;

- постановление Совета Министров БССР от 2 февраля 1952 г. № 108 «Об организации Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Белорусской ССР»;

- постановление Совета Министров БССР от 30 августа 1954 г. № 780 «О мерах по улучшению психоневрологической помощи в Белорусской ССР».

Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 марта 1958 г. № 24-м «Об улучшении научно-исследовательской работы, диагностики и лечения больных с заболеваниями системы крови» предусматривалось упорядочение статистического учета больных лейкозами; диспансерное наблюдение всех больных заболеваниями системы крови; выделение в терапевтических отделениях областных больниц, в госпитальной терапевтической клинике и детской клинике Минского медицинского института по 10 коек для изучения особенностей клиники и методов лечения заболеваний системы крови; подготовка врачей по клинической гематологии и врачей-лаборантов и другие мероприятия.

В 60-х гг. XX в. Министерством здравоохранения БССР были изданы приказы «Об упорядочении сбора и учета плацентарной и ретроплацентарной крови для изготовления гамма-глобулина» (от 15 марта 1960 г. № 37), «Об утверждении Положения о кабинете профпатологии» (от 18 августа 1967 г. № 99), «О типовых штатах административно-хозяйственного персонала отделов и отделений профилактической дезинфекции при областных, городских, районных санэпидстанциях и санитарно-эпидемиологических отделах районных больниц, содержащихся на хозяйственном расчете или за счет специальных средств» (от 20 августа 1966 г. № 79), «Об утверждении типовых штатов административно-управленческого персонала участковых больниц и диспансеров и частичном изменении типовых штатов административно-управленческого пер-

сонала районных больниц, а также хозяйственно-обслуживающего персонала учреждений здравоохранения» (от 29 января 1965 г. № 9), «Об утверждении Инструкции о порядке списания медикаментов и других изделий, пришедших в негодное состояние в аптечных учреждениях» (от 27 июля 1964 г. № 84).

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 октября 1961 г. № 632 «О мерах улучшения протезно-ортопедической помощи инвалидам» предусматривалась постройка в 1963 году в г.Минске протезно-ортопедического предприятия со стационаром, конструкторским бюро и экспериментальной лабораторией; организация при протезных предприятиях передвижных протезных мастерских; улучшение медицинского обслуживания инвалидов, особенно детей, нуждающихся в протезно-ортопедической помощи и слухопротезировании; обеспечение диспансерным наблюдением лиц, пользующихся протезно-ортопедическими изделиями и ряд других мер.

На уровне правительства регламентируется порядок направления больных алкоголизмом в лечебно-трудовые профилактории – издается постановление Совета Министров БССР от 10 мая 1965 г. № 220 «О проведении принудительного лечения и трудового перевоспитания лиц, систематически злоупотребляющих спиртными напитками и нарушающих общественный порядок, и улучшении лечебно-профилактической помощи лицам, страдающим хроническим алкоголизмом».

Таким образом, в рассматриваемый период законодательство Беларуси наполнилось рядом значимых нормативных правовых актов, что обеспечило восстановление пострадавшего в годы войны здравоохранения.

Кроткова Е.Н., Дойлидо А.К.

ИСТОРИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

*УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»,
Гродно, Беларусь*

В 1912 г. в Гродно была открыта городская лечебница для заразных больных на 20 коек по адресу: Загородная слобода – районнынешних улиц Лермонтова и Коммунальной. Функционирование больницы носило временный характер и служило только для изоляции заразных больных. Основным стационаром для госпитализации гражданского населения города городская лечебница для заразных больных становится во время 1-й мировой войны после эвакуации в 1915 г. Гродненской окружной лечебницы в Калужскую губернию. В марте 1915 г. губернатором Гродненской Губернии утвержден проект строительства «второго каменного заразного

городского барака». Больница была рассчитана на 120 коек. С 1923 г. при больнице начинает действовать амбулатория, к 30-м годам - аптека, лаборатория, рентгенкабинет.

Инфекционная больница как самостоятельное лечебное учреждение в г. Гродно была открыта в 1939 году в помещении здания нынешнего Трастбанка по ул. Дзержинского, главный врач Ленартович М. А. Первоначальная мощность Гродненской инфекционной больницы – 90 коек.

К моменту освобождения города, в котором за годы оккупации немецко-фашистскими захватчиками было разрушена большая половина здания, размещение больницы в 1944 году стало возможным в помещении князя Друцко-Лебецкого по улице Ватутина 4/1, ее мощность 125 коек. Главными врачами были Мартинчик Н. М. (1944), Михайловская А. А. (1944 – 1946), Лобков Н. Е. (1946 – 1957). В 1957 году на территории больницы был дополнительно построен одноэтажный деревянный корпус на 30 коек для размещения больных с вирусными гепатитами. Важной вехой в истории больницы явилось открытие Гродненского государственного медицинского института. Кафедра инфекционных болезней в Гродненском государственном медицинском институте свою деятельность начала с сентября 1962 г. Первым заведующим был избран кандидат медицинских наук, доцент Алексей Илларионович Хочава. До настоящего времени кафедра инфекционных болезней, возглавляемая профессором, д.м.н. Цыркуновым В.М., и больница функционируют как единая структура. С 1962 года стало очевидно, что необходимо расширение коечного фонда, создание условий для научной и преподавательской работы. С 1967 года больница приобрела статус областного лечебно-профилактического учреждения. В 1973 году с помощью отделов здравоохранения облисполкома и горисполкома в урочище «Пышки» была введена в строй новая типовая инфекционная больница. Ее главным врачом стал Георгий Борисович Мумриков – участник Великой Отечественной войны, отличник здравоохранения. Мощность Гродненской инфекционной больницы – 200 коек: 1-е отделение 80 коек, 2-е отделение 80 коек, 3-е отделение 40, палата интенсивной терапии, зубной и ЛОР кабинет, хозкорпус, ЦСО, кабинет акушерского осмотра. В связи с оказанием стационарной помощи пациентам из г. Гродно, а также из Гродненской области, решением Гродненского городского исполнительного комитета от 26.02.2004 №130 Гродненская инфекционная больница переименована в учреждение здравоохранения «Гродненская областная инфекционная клиническая больница». Больница развернута на 176 коек и включает: приемное отделение; 1-ое инфекционное отделение; 2-ое инфекционное отделение (детское); 3-е инфекционное отделение; отделение анестезиологии и реанимации; консультативно диспансерное отделение; клинко-диагностическую лабораторию; административно-хозяйственную часть.

Традиционно на должность главных врачей подбирались опытные организаторы и грамотные клиницисты: Побылещ Анатолий Николаевич (1978 – 1996), Илькевич Станислав Марьянович (1996 – 2004), Госпадо-рец Чеслав Иосифович (2005 – 2006), Лазаревич Сергей Николаевич (2007 – 2009).

УЗ «ГОИКБ» неоднократно выходила победителем конкурсов на лучшую культуру и качество медицинской помощи, а также санитарно-технического содержания и благоустройство территории среди лечебно-профилактических учреждений Гродненской области.

С декабря 2009 года больницу возглавила Кроткова Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, врач-организатор здравоохранения высшей квалификационной категории.

В настоящее время учреждение здравоохранения «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» – это организационно-методический и консультативный центр инфекционной службы города Гродно и области.

За последние годы учреждение преобразилось. Продолжается начатая в 2011 году поэтапная реконструкция корпусов, приобретено и функционирует новое оборудование: аппарат рентгенографический «Пульмоскан», сканер ультразвуковой; аппаратура ИВЛ, эндоскопическое оборудование, современное лабораторное оборудование (анализатор газов и электролитов крови, гематологический анализатор, микробиологический анализатор «ВИТЕК», гемокультиватор «БАКТЕК»), фотометр автоматизированный, турбидиметрический гемокоагулометр, аппарат ПЦР в режиме реального времени, расширенная локальная компьютерная сеть, улучшены условия пребывания пациентов и условия для работы медперсонала.

В рамках развития доказательной медицины в течение последних лет приоритетным направлением является развитие лабораторной диагностики.

В настоящее время автоматизированным методом исследуются 18 параметров общего анализа крови, 10 – мочи, все биохимические показатели, кислотно-щелочной состав, газы и электролиты крови, определение иммунологического статуса 155 возбудителей и чувствительности к 20 антибактериальным препаратам, стерильность крови, внедрено 14 методик определения возбудителя иммуноферментным методом, 8 - полимеразной цепной реакцией (ПЦР). В результате количество этиологически лабораторно подтвержденных острых гастроэнтеритов увеличилось с 48% до 68%, серологического подтверждения коклюша и паракоклюша до 81,3%, обнаружение кол-во условно-патогенной флоры в 2 раза, бакподтверждаемость менингитальных инфекций до 64,3%. Проведение мониторинга культур возбудителей к антибактериальным препаратам с использованием программного обеспечения WHONET позволило своевременно назначить этиотропную антибактериальную терапию современными вы-

сокоэффективными препаратами без увеличения расходов по статье медикаменты.

Огромное значение имеет наличие преемственности в работе врачебных кадров. Показатель наличия квалификационных категорий у врачей составляет 80%. Ежегодно порядка 20 научных статей публикуется совместно с сотрудниками кафедры в медицинских изданиях, внедряются новые методы диагностики и лечения.

Учреждение получило аккредитацию на проведение клинических испытаний. Реализуются 3 международных проекта: по мониторингу инвазивных инфекций, по профилактике и лечению ВИЧ, туберкулеза, с 01 июля 2013 – совместный проект с государственным лечебным учреждением в г. Хайнувка (РП) «Развитие трансграничного сотрудничества в контексте профилактики, диагностики и лечения заболеваний, передающихся посредством клещей в регионах их эндемического появления в польско-белорусском приграничном регионе».

Более 12 тысяч человек ежегодно получают медицинскую помощь в учреждении. Причем это не ограничивается только стационарной помощью. Более 50% лиц обращаются для получения консультативной помощи врача-инфекциониста, в т.ч. в режиме on-line, проведения лабораторного обследования. С апреля 2013 года на базе учреждения функционирует центр иммунопрофилактики, где возможно не только получение консультации по вопросам иммунизации, но и ее проведение вакцинами, не входящими в национальный календарь прививок.

Перспектива дальнейшего развития учреждения неразрывно связана с завершением реконструкции существующих корпусов и строительством детского корпуса с лабораторией, что позволит улучшить оказание стационарной специализированной помощи детям, которые в структуре пролеченных составляют более 60%, продолжить дальнейшее развитие лабораторной службы, оптимизировать структуру и порядок оказания специализированной помощи пациентам с инфекционными заболеваниями путем создания областного центра инфекционной патологии.

Крутилина Н.И., Костецкая Т.В.

О НЕКОТОРЫХ ИСТОРИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИИ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Минск, Беларусь*

История развития отечественной онкологии как самостоятельной дисциплины и многоотраслевой науки неразрывно связана с более, чем

100-летним формированием научной базы теоретической онкологии в мировых масштабах.

Онкология исследует научные аспекты происхождения и развития злокачественных опухолей, изучает мировую структуру заболеваемости злокачественными новообразованиями, разрешает и совершенствует многочисленные проблемы ранней диагностики, лечения и профилактики злокачественных опухолей. Грандиозные современные достижения онкологии являются результатом упорного труда многих преданных своему делу исследователей и специалистов.

Вся история онкологии как естественной науки отличается стремлением постигнуть причину возникновения и развития онкологических заболеваний. Стремительное развитие медицинской науки началось после изобретения микроскопа и развития патологической анатомии. Усовершенствование микроскопа и изобретение микротомы способствовали морфологическому изучению злокачественных опухолей. Важным узловым моментом в становлении новых представлений об опухолях явилась клеточная теория, сформулированная Шванном в 1839 г. Значение этой теории для науки приравнивается к значению эволюционной теории Дарвина. Выдающийся немецкий морфолог Рудольф Вирхов становится родоначальником целлюлярного направления в патологии. Концепция «*omnis cellula e cellula*», провозглашенная Лейдигом и поддержанная Вирховым, прекратила существование «теории зарождения клетки из бесформенной жидкости». К середине XIX века уже были описаны основные признаки злокачественных опухолей, такие как автономность роста, склонность к метастазированию, инфильтрирующий рост. Рак стали считать болезнью клеток. Становление онкологии как науки об опухолях началось в 70-е годы XIX века с возникновения экспериментальной онкологии и метода перевивки опухолей у экспериментальных животных. Родоначальником школы экспериментальной онкологии в России считается профессор М.М. Руднев, возглавлявший кафедру патологической анатомии в Военно-медицинской академии. Ему принадлежат подробные описания морфологической структуры опухолей и признаков злокачественного клеточного роста. Он первый высказал мнение, что рак – это опухоль эпителиального происхождения, в то время как зарубежные морфологи во главе с Рудольфом Вирховым считали возможным развитие рака из соединительной ткани. Впервые в мире возможность прививки опухоли экспериментальным животным показал сотрудник лаборатории М.М.Руднева исследователь М.А.Новинский (годы жизни 1841-1914). Он является создателем метода перевиваемых опухолей, который до сих пор широко используется в современной экспериментальной онкологии. Современное развитие генетических исследований канцерогенеза стало возможным после создания чистых, или инбредных, линий мышей. Экспериментальная онкология обязана созданием этой модели (1914 – 1922г)

для лабораторных исследований *invivo* сотруднице Чикагского университета Мод Слай, работавшей всю жизнь над проблемой наследственности рака у мышей. Инбредные мыши удалось получить в результате инбридинга (скрещивания) последовательных поколений животных для приобретения полной идентичности генотипа. Изучение роли наследственности рака у человека затруднено в связи с гетерозиготностью населения планеты. Поэтому для научных изысканий в этой области чрезвычайно важное значение имеет наличие инбредных линий экспериментальных животных.

Грандиозное значение для прогрессивного научного развития онкологии имела разработка метода выращивания опухолевых клеток в культуре тканей. Метод культуры тканей дает непревзойденные возможности для микроскопического изучения опухолевых клеток и проведения экспериментальной работы *invitro*. Разработчиками метода культуры тканей называют Карреля и Бэрроуса (1910г.).

Открытие феномена искусственной радиоактивности Ирен и Фредериком Жолио-Кюри было использовано для экспериментального получения злокачественных опухолей у лабораторных животных.

Следующим важным этапом в историческом развитии онкологии явилось появление первого доказательства существования опухолей вирусного происхождения. В 1911 г. Раус (Rous) продемонстрировал возможность перевивки опухоли посредством бесклеточного фильтрата саркомы грудной мышцы кур. Вирус, выделенный из данной саркомы, назвали вирусом саркомы Рауса. Истинно великое хорошо просматривается издали, поэтому Нобелевская премия была присуждена Ф. Раусу в 1966 г. за открытие первого онкогенного вируса – вируса куриной саркомы. Внедрение электронного микроскопа (1934 -1940гг.) в экспериментальную онкологию расширило возможности изучения биологической структуры нормальных и опухолевых клеток, а также способствовало поиску вирусных частиц в опухолях человека. Основателем русской школы вирусной онкологии становится Л.А.Зильбер, начавший разработку вирусологических аспектов рака в 1944 г. в отделе иммунологии и вирусологии опухолей в институте эпидемиологии и микробиологии в Москве. Итогом его научных изысканий явилась монография «Вирусогенетическая теория происхождения злокачественных опухолей», увидевшая свет в 1968 г. Следующее открытие определило собой весь дальнейший стремительный прогресс как в изучении молекулярной биологии клетки, так и в создании новых методов лечения в онкологии. Это революционное открытие XX века – открытие молекулярной структуры ДНК, сделанное Д.Уотсон и Ф.Крик (J.D. Watson и F.H.C. Crick) в Кембриджском университете в 1953 г., за которое авторы получили Нобелевскую премию. С исторических позиций без этого открытия невозможно понять механизм действия противоопухолевых лекарственных средств. Очередная Нобе-

левская премия была присуждена в 1975 г. D. Baltimore, H.M. Temin и S. Mazutani за открытие механизмов взаимодействия между опухолевыми вирусами и генетическим материалом клетки. Кардинально изменилось представление о понятии «рак». Впервые в определении понятия «рак» прозвучала мысль, что «рак – это генетическое заболевание на клеточном уровне». Как показывает история, общемировые тенденции развития онкологии неразрывно связаны с чередой открытий в области биологии, иммунологии, генетики. С каждым десятилетием XX века страницы истории онкологии переворачивались с нарастающим ускорением.

История создания и развития противоопухолевой химиотерапии является составной частью истории онкологии и представляет собой причудливую смесь различных подходов к решению проблемы. Это и случайные эмпирические находки, это попытки создания препаратов на основе «народных средств», также это разработки на основе фундаментальных знаний механизмов канцерогенеза и механизмов действия препаратов, это тотальный скрининг множества различных соединений на наличие противоопухолевой активности, это идентификация мишеней и направленный отбор веществ с желаемым механизмом действия и, наконец, это высокопроизводительный скрининг (ВПС), комбинаторная химия и информационные технологии. За относительно короткий период времени (60-70 лет) достижения противоопухолевой лекарственной терапии совершенно преобразили многие проблемы онкологии.

Таким образом, благодаря последовательности открытий в области экспериментальной онкологии: 1910 год – физические канцерогены, 1911 год – вирусные канцерогены, 1918 год – химические канцерогены, были заложены основы развития самых значимых направлений исследовательских изысканий в онкологической науке. Ретроспективно совершенно ясно, что история развития онкологии – это история многих научных открытий, которые меняли представления об опухолях, открывали совершенно новые пути для научных исследований и обеспечивали фундаментальную научную базу клинической онкологии. Нарастающий прогресс в изучении и понимании природы онкологических заболеваний, а также накопление огромного научного и клинического материала, совершенствование хирургической техники, разработка рациональных методов лечения онкологических больных привели к необходимости международного сотрудничества в борьбе против рака.

Онкология стала самой популярной медико-биологической дисциплиной. Уже в первом десятилетии XXI века имеют место практически сенсационные открытия, в корне меняющие некоторые, уже ставшие фундаментальными, представления о природе злокачественных опухолей.

**¹Крутилина Н.И., ²Окунцев Д.В., ¹Аль-аква Абдульмажид
Мохсен**

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК ХИРУРГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

²УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

Рак молочной железы (РМЖ) с древнейших времен является предметом постоянного внимания врачей. Первое упоминание о РМЖ найдено в древнем Египте. Среди обнаруженных письменных документов особый интерес представляет папирус, приобретенный EdwinSmith в Фивах (теперь Луксор) в 1862 году и датируемый приблизительно 1600 г. до н.э. В нем впервые приводится описание клинической картины РМЖ и примитивных попыток его лечения, заключающихся в заклинаниях против демонов, которые сконцентрировались в земле, воздухе и воде. Хирургическое вмешательство в этот период ограничивалось «вскрытием абсцессов бронзовым ножом».

Основы европейской медицины возникли в древней Греции и связаны с именем Гиппократ (460-370 до н.э.). Одна из основных заслуг Гиппократ заключается в том, что он вывел медицину из области сверхъестественного, направив усилия врачей к реалистическому наблюдению за пациентками в пределах их собственной среды. Им описаны отдельные симптомы РМЖ и сделаны первые попытки исследований причин развития этой болезни. Однако письменных свидетельств его рекомендаций относительно хирургического лечения РМЖ не сохранилось.

В греко-римский период (150 до н.э. – 500 н.э.) греческий врач Леонидий в первом столетии нашей эры впервые описал оперативное лечение РМЖ. Его метод состоял из удаления опухоли МЖ с последующим прижиганием огнем или раскаленным ножом для остановки кровотечения. Ткани грудной стенки после такой операции представляли собой ожоговый струп.

Орилий Корнелиус Цельс в своем трактате впервые подробно описал РМЖ как «фиксированное твердое или мягкое набухание с расширением поверхностных вен, с/без образования язвы». Он выделил четыре клинические стадии заболевания с подробным описанием изменений молочной железы и выступал против лечения последних трех, так как любые применяемые методы вызывали бурный рост опухоли или приводили к неизбежному рецидиву.

Медицина средневековья в основном была представлена монахами и клерикалами. За невежество, боль и ужас, плохие результаты оперативного лечения опухолей МЖ, а также и других болезней историки окрестили этот период развития медицины как «темное время». И, тем не менее, в этот смутный период человеческой истории практиковали великие врачи и уче-

ные, такие как арабский врач Разес, который рекомендовал удаление всей МЖ при раке и Авиценна, известный как «Принц врачей», являющийся автором «Канона врачебной науки», который оставался авторитетным в течение последующих четырех столетий.

Переход от средневековья к современной эре начался с Ренессанса во второй половине XV века. В XVI-XVII в. медицинское обучение переместилось в университеты, ранее основанные в Монпелье, Болонье, Падуе, Париже, Оксфорде и Кембридже. В это время Андреас Фезалиус, фламандский хирург-анатом, изучавший анатомию человека на трупах умерших людей, в своем труде «De Fabrica Humani Corporis» (1543) полностью развенчал каноны Галена, основанные на анатомии животных, и тем самым способствовал дальнейшему развитию хирургии. При опухолях МЖ он советовал широкое иссечение и использовал лигатуры, отказавшись от чудовищной методики прижигания.

Амброуз Пэйр, чьи книги по анатомии и хирургии «Oeuvres complètes» (1575) на французском языке являлись самыми авторитетными в Европе, пропагандировал экономные резекции при удалении РМЖ, используя остановку кровотечения с помощью сосудистой лигатуры и недопустимость прижигания огнем или кипящей нефтью. Он первым сделал важное наблюдение, что РМЖ часто вызывал «плотное» увеличение подмышечных лимфатических «желез».

Предшественником радикальной мастэктомии можно считать Майкла Серветуса, который при лечении РМЖ интуитивно подошел к идее удаления грудных мышц вместе с МЖ, а также необходимости удаления подмышечных лимфатических узлов. Однако в то время при имеющемся уровне развития хирургии и отсутствии эффективных методов анестезии выполнение оперативного вмешательства в таком объеме было не возможно.

Вильгельм Фабри считается отцом немецкой хирургии. Он разработал инструмент, который сжимал и фиксировал МЖ в ее основании так, чтобы нож мог ампутировать ткани более стремительно и менее мучительно для пациентки. Другим известным немецким хирургом этого периода был Йохан Шултес, который также был изобретателем хирургических инструментов. Его книга «Armamentarium chirurgicum», изданная посмертно в 1653 г., содержала схематические рисунки операций, в том числе и ампутации МЖ. Примерно в это же время француз Гийом де Уппевиль в 1693 г. впервые сообщил об выполненной мастэктомии с окружающей здоровой тканью и частью большой грудной мышцы.

XVIII век DeMoulinиGarrisonназывали «Эпохой Просвещения» и «Эпохой теорий и систем». Из заметных событий этого времени необходимо отметить первое описание и иллюстрацию внутренних грудных лимфатических узлов Питером Кампера и подмышечного лимфатического пути Паоло Маскани. Немецкий врач того времени Лоренц Хайстер считал необхо-

димым удалять большую грудную мышцу и подмышечные лимфатические узлы. Хотя мастэктомия в XVIII в. выполнялась чаще, но все же необходимо признать, что широкого распространения она не нашла из-за плохих результатов и крайней травматичности. Так, в 1757 г. в Амстердаме с 200 000 жителей было выполнено только шесть ампутаций молочной железы с приемлемым результатом лечения.

В XIX веке (1846 г.) была разработана методика анестезии с хлороформом Уильямом Т.Г. Мортон (США) и принципы антисептики Джозефом Листером (Великобритания, 1867 г.). Эти два важных события отодвинули на второй план основные неудачи хирургии, связанные с болью и сепсисом. Во второй половине XIX столетия началось бурное развитие и совершенствование радикальной мастэктомии, появилась и стала развиваться медицинская статистика. В 1856 г. Джеймс Пэджет подверг сомнению пользу от выполнения мастэктомии с учетом увеличения выживаемости и улучшения качества жизни пациенток в сравнении с операционным риском. Он сообщил о 10% операционной летальности среди 235 пациенток и о 100% рецидивах в течение восьми лет после операции. Д. Пэджет отметил, что 139 женщин с узловой формой РМЖ без операции жили дольше, чем 84 оперированных пациентки. В 1874 г. он опубликовал работу «OnDiseaseoftheMammaryAreolaPrecedingCanceroftheMammary-Gland», посвященную проблеме лечения РМЖ, которая увековечила его имя в истории хирургии. В 1875 г. в Германии Рихард фон Фолкман доказал необходимость удаления всей МЖ независимо от размера первичной опухоли с грудной фасцией и прилежащей частью грудной мышцы. Теодор Билльрот также рекомендовал удалять всю МЖ, но он высказал сомнения в отношении необходимости обширных операций при очень маленьких опухолях. Эрнст Георг Фердинанд в 1883 г. рекомендовал во всех случаях удалять подмышечную клетчатку. В XIX веке самым известным хирургом-анатомом (США, Филадельфия) был Джозеф Пэнкоуст, про которого говорили, что «его глаз был столь же быстрый как вспыхивающий солнечный луч, а рука также легка как свет». Его труд «TreatiseonOperativeSurgery», изданный в 1844 г. еще до эры анестезии и антисептики очень наглядно иллюстрирует мастэктомию. Это было первым детальным и наглядным описанием удаления блока молочной железы с подмышечной лимфатической клетчаткой.

К концу девятнадцатого века Филадельфия разделила пальму первенства в хирургии с Балтимором, где в Медицинской школе Больницы Джонса Хопкинса Уильям Стюарт Холстед произвел революцию в медицинском образовании и научных исследованиях. Его классическая операция, названная впоследствии именем автора, на многие годы определила ориентиры всей последующей истории хирургического лечения РМЖ. Хотя, по мнению его критиков, не было ничего особо нового в операции Холстеда, основная его заслуга в том, что, во-первых, он на научной ос-

нове логично обосновал точную и однозначную технику операции и, во-вторых, повсеместно внедрил ее в обычную практику хирургии при РМЖ. Вилли Мейер описал подобную технику спустя только десять дней после опубликованной работы Холстеда. Он обосновал удаление малой и большой грудных мышц, поэтому часто такая операция называется операцией Холстеда-Мейера. Еще одним знаковым событием явилось использование Гуленом в 1895 г. замороженной удаленной ткани с опухолью для интраоперационного уточнения диагноза РМЖ одной из пациенток Холстеда. Классическая радикальная мастэктомия Холстеда-Мейера не предусматривала удаление надключичных и внутренних грудных лимфатических узлов. Попытки удаления надключичных лимфатических узлов Холстедом у 119 пациенток привели к 100% летальности в ближайшие пять лет. Значение внутренних грудных лимфатических узлов было исследовано Уильямом С. Хэндли в 1927 г. Он описал методику удаления внутренних грудных узлов как расширенную радикальную мастэктомию. Jerome A. Urban и Owen H. Wangenstein практиковали дополнительное удаление клетчатки шеи и средостения. Но использование таких «супер-радикальных» операций было прекращено из-за высокой летальности и отсутствия выигрыша в выживаемости. В течение приблизительно 70 последующих лет радикальная мастэктомия оставалась общепринятым хирургическим методом лечения РМЖ.

В начале XX века причины развития рака молочной железы все еще не были изучены до конца, однако стало очевидным, что только хирургическое вмешательство не может обеспечить высокие показатели лечения РМЖ. Изучение эпидемиологии опухолей молочной железы, данные гистологических исследований удаленных опухолей, развитие анатомии и статистических методов анализа практического опыта хирургии при различных патологических стадиях стимулировал поиск других методик для улучшения результатов хирургического лечения, включая радиацию, гормоны, химиопрепараты. В 1948 г. были опубликованы два исследования, которые явились толчком к началу пересмотра общих принципов хирургического лечения начальных стадий (I-II стадия) РМЖ. Первое исследование касалось использования модифицированной радикальной мастэктомии Пети и Дисоном, во втором – изучалась эффективность простой мастэктомии с послеоперационной лучевой терапией (ЛТ) Маквхиртером. Сравнение групп пациенток, получавших лечение в объеме модифицированных радикальных мастэктомий с/без лучевой терапии, показало поразительное сходство в показателях выживаемости по сравнению с классической радикальной мастэктомией Холстеда.

С 1970 г. хирургическое лечение при РМЖ I-II стадий развивалось по пути выполнения органосохраняющих операций, таких как клиновидная резекция или лампэктомия с включением широкой зоны (2-3 см) нормальной окружающей ткани молочных желез. Удаление подмышечных

лимфатических узлов во многих случаях также ограничивалось только лимфатическими узлами I уровня. Такие объемы хирургического вмешательства с адекватной ЛТ, полихимиотерапией и гормональным лечением становились все более и более востребованы. А приоритетной задачей врача все чаще становилось не только излечения первичной опухоли, но и обеспечения приемлемого качества жизни пациенток. Этому способствовало развитие анестезиологии и асептики, что полностью исключало боль во время операции и развитие инфекции. Кроме того, выполнение органосохраняющих операций явилось стимулом к разработке методов пластики молочной железы. Первая описанная методика пластики МЖ относится к 1895 году, когда Czerny V. пересадил жировую ткань с целью замещения дефекта молочной железы, которая была удалена у пациентки с доброкачественной опухолью. В следующем году Tansini сообщил о первой радикальной мастэктомии с пластикой перемещенной широчайшей мышцей спины. Бурное развитие пластической хирургии началось в эру антибиотиков. Ivalon в 1954 г. использовал для этих целей специальную разработанную им синтетическую губку. Пэгменом и Уолласом использовали силикон, а Cronin и Gerow в 1963 г. применили силиконовый протез молочной железы в оболочке. Все пациентки выздоровели, пластический материал имел тенденцию деформироваться за счет развития фиброза кожи. Лучшие результаты были достигнуты в 1970-х годах после разработки методики имплантации и протеза под грудную мышцу. В это же время у пациенток с высоким риском семейного рака впервые начала применяться двусторонняя профилактическая подкожная мастэктомия с имплантацией силиконовых протезов и реконструкцией соска.

Кузыбаева М.П.

ВЫСТАВКА-ПРОЛОГ МУЗЕЙНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ АНАЛИЗ ВЫСТАВОК МЕДИЦИНСКОЙ ТЕМАТИКИ В РОССИИ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX – НАЧАЛА XX В.

ФГБУ «ННИИ общественного здоровья» РАМН, Москва, Россия

Экспозиция является важнейшим звеном музейной коммуникации, не воспроизводимой в рамках других общественных институтов. Анализ опыта создания медицинских разделов в составе научно-промышленных выставок имперской и советской России позволяет дать ответ на вопрос: почему выставка стала прологом музейной экспозиции.

Медицинские собрания становятся в рассматриваемый период участниками многочисленных российских и зарубежных выставок, популяризируют медицинские знания в обществе, достижения медицинской науки. Интенсивная выставочная деятельность повлияла на рост и функционирование музеев медицинского профиля. Созданию большинства

крупных музеев в России во второй половине XIX – начале XX вв., как правило, предшествовали выставки, что характерно для этого времени. Например, проведение Политехнической выставки 1872 г. в Москве ускорило учреждение Политехнического и Исторического музеев. В стране возникали музеи местного края, а также сельскохозяйственные, торгово-промышленные, археологические, педагогические и др. Медицинская часть входила в состав многих из них. В составе коллекций педагогического музея в Москве формировались комплексы материалов по анатомии, физиологии человека, заразным болезням, которые выдавали для временного экспонирования. Создание медицинского раздела было инициировано профессором С.С. Корсаковым и его коллегами, жертвователями коллекции спиртовых и сухих препаратов, ставших основой собрания по анатомии. Современники называли эти коллекции «несколько специальным, но в своей области очень полезным музеем наглядных пособий по медицине и гигиене». Заведовали деятельностью этого отдела педагогического музея члены Комиссии по распространению гигиенических знаний при Правлении Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. Такая постановка дела позволяла охватить просветительской работой по медицине больше населения страны. Развитие выставочного движения в России и мире побудило принять участие в этом процессе и медицинские музеи высших учебных учреждений, наиболее многочисленную группу музеев данного профиля.

С 1871 г. по 1910 г. в различных регионах центральной России нами выявлено 6 торгово-промышленных выставок, экспонентами которых были медицинские коллекции. Тенденция к изучению результатов деятельности регионов за определенный период проявилась на выставках местного масштаба, таких как Уральская научно-промышленная в Екатеринбурге в 1887 году и на Казанской научно-промышленной выставке 1890 г. Одним из главных итогов работы этих выставок стало создание общедоступных публичных музеев. Основное место в собраниях региональных музеев занимали естественноисторические, археологические и этнографические коллекции. Они имели важное научное значение, а зачастую являлись уникальными собраниями. Медицинская часть в выставках местного уровня чаще всего была собственностью экспонентов либо уже составляла фрагменты музейных коллекций отдельных кафедр и лабораторий университетов.

На выставке 1896 г. в Нижнем Новгороде медицинские экспозиции были представлены сразу в шести отделах: Императорской Военно-Медицинской Академии (ИВМА); Главного Военно-медицинского Управления; «Красного Креста»; Общества охранения народного здравия; Благотворительных учреждений; в морском отделе [1-с.1].

Достаточно большое место в павильоне военного отдела выставки заняли совершенно обособленные друг от друга, т.е. самостоятельные, не

связанные единой концепцией показа материалы ИВМА и Главного Военно-медицинского Управления. Организаторы отдела ИВМА сосредоточили внимание не только на подборе экспонатов, но постарались художественно оформить свою экспозицию, сочетавшую в себе как фотографический материал, так и весьма разнообразные и интересные в научном отношении коллекции[2].

Особого внимания заслуживает участие в выставке таких общественных институтов как Общество охранения народного здоровья (РООНЗ), Общество Российского Красного Креста (РОКК) и других благотворительных учреждений России. По составу эти экспозиций, как об этом свидетельствуют обозрения экспонатов, следовали уже сложившимся на предшествующих отечественных и международных выставках принципам показа материалов: фотографические снимки и альбомы представляли общую картину деятельности учреждений. Документы статистического характера – многочисленные диаграммы, карты, графики, дополняли ее, ярко и образно информировали зрителя о различных сторонах работы обществ. Определенное место отводилось частным производителям, которые демонстрировали свою продукцию, как правило, использовавшуюся в практической работе и медицинской практике упомянутых организаций.

Как и в других отделах, где были представлены медицинские коллекции, в павильоне РОКК демонстрировалась коллекция черепов (65), поврежденных современными мелкокалиберными 8 миллиметровыми пулями и костей (более 175), поврежденных современными пулями и пулями образца войны 1874-1875 гг. Это собрание принадлежало участнику военных действий, доктору К. Рейеру и профессору Е.В. Павлову, которые часто предоставляли свои коллекции для общественного обозрения на различных выставках. Следует отметить, что в частном собирательстве обнаруживается особый интерес медиков к сохранению предметов, документирующих события, участником или современником которых были сами коллекционеры. События современности становятся объектом изучения и сохранения для потомков. Помимо костных повреждений, которые демонстрировали выставленные препараты, рядом были показаны извлеченные при операциях из тел солдат и офицеров осколки и пули. Такой экспозиционный ряд весьма убедительно представлял публике всю разрушительную силу воздействия стрелкового оружия на человека. Экспонаты, несомненно, заставляли задуматься не только об ужасных последствиях ранений, но и о необходимости предотвращения военных конфликтов в мире [1-с.14]. Таким образом, предметы медицинского отдела, отличались высокой степенью аттрактивности, способствовали распространению в обществе идей милосердия и добрососедских отношений между государствами.

В экспозициях благотворительных организаций, также как и в других разделах, были использованы модели. Например, в виде небольшой скульптурной группы из папье-маше зрителю показывали отряд РОКК, отправленный в Абиссинию. Все санитарное снаряжение, фигуры навьюченных тюками лошадей, проводники из местного населения, врачи и сестры полевого госпиталя были выполнены точно и создавали представление о размерах помощи африканцам[1-с.17].

Региональные выставки, как правило, подводили итог научного, промышленного и культурного развития края. Они становились событием большой значимости, а, иногда, превышали статус провинциального мероприятия, приобретали черты и свойства, характерные для выставок международного уровня. Так произошло с подготовкой и проведением Казанской научно-промышленной выставки 1890 г. Ученые Казанского университета (ИКУ) приняли активное участие в создании медицинского отдела выставки, в состав комитета вошел профессор хирургической патологии ИКУ Н.Ф. Высоцкий. Краткое перечисление подразделений университета, участвовавших в работе медико-санитарного отдела, свидетельствует о большом значении, которое уделяли члены Комитета медицине вообще и медико-санитарному делу, среди прочих разделов, составлявших научную часть этой региональной выставки. В состав отдела, размещавшегося в главном корпусе, входили отдельные экспонаты и коллекции: физиологической лаборатории; психиатрического кабинета; кабинета хирургической патологии и терапии; факультетской хирургической клиники; госпитальной хирургической клиники; фармакологического и фармакогностического кабинетов; ларингологического кабинета; гигиенического и судебно-медицинского кабинета; кабинета факультетской терапевтической клиники; патологоанатомический музей; нервная клиника; бактериологические, зубоврачебные, фармацевтические и прочее [3]. Экспонентами научного раздела были также местное отделение Общества Красного Креста и Казанский ветеринарный институт. Многие выставленные предметы оказались не только непонятны простому зрителю, но вызвали испуг и отторжение своей натуралистичностью и необычностью. Эта реакция публики отмечалась, прежде всего, при рассмотрении фотографий, мокрых препаратов патологоанатомического музея, материалов гигиенического и судебно-медицинского кабинетов. Шаг за шагом прогрессивные профессора и ученые, практикующие врачи, используя возможности выставок, просвещали население страны, распространяли основы медицинской грамотности и показывали последние достижения медицинской науки в лечении человека, в предотвращении и профилактике грозных эпидемий.

Выставочная деятельность повлияла на формирование такого важного направления музейной работы, как создание экспозиций. Особую роль в этом играли члены научных обществ и профессора, которые вы-

ступали инициаторами, организаторами и устроителями выставок. Создание медицинских отделов базировалось на строго научном отборе экспонатов. Многие представленные на выставках предметы составляли научные коллекции любителей естествознания и членов медицинских обществ, т.е. частных коллекционеров. Медицина и соответствующие разделы занимали лишь часть в общей структуре торгово-промышленных и специализированных выставок. В дальнейшем состав экспонатов медицинских разделов расширялся, дополнялся и совершенствовался. На выставках отрабатывались приемы показа медицинского материала. Для этой цели использовали специальное оборудование: витрины, подиумы, тканевые драпировки. Создавались тематические экспозиции. Как определенный этап в совершенствовании каталогизации музейных предметов можно рассматривать многочисленные описания экспонатов, участвовавших в выставках, которые были опубликованы в соответствующих изданиях. Именно благодаря сохранившимся до наших дней отчетам, описаниям и каталогам отделов мы составляем представление о музейной значимости и ценности выставлявшихся коллекций. Активная выставочная деятельность способствовала появлению особого интереса у частных коллекционеров к событиям современности, которые теперь стали объектом изучения и сохранения, что стало новым направлением собирательства. Изучение темы о представлении достижений медицины и здравоохранения на выставках второй половины XIX – начала XX вв. все еще остается фрагментарным и недостаточным. Много из того, что составляет экспозиционную деятельность музеев медицинского профиля в настоящее время, отрабатывалось при создании соответствующих отделов на торгово-промышленных и тематических выставках во второй половине XIX – начале XX в. и стало прологом стационарной музейной экспозиции, теоретически обоснованной и художественно оформленной в соответствии с техническими возможностями начала XXI в.

Литература:

1. Медицина на Всероссийской выставке в Нижнем Новгороде. СПб., 1896.
2. См. Кузыбаева М.П. Военная медицина на общероссийских выставках второй половины XIX в. // Военно-медицинский журнал, №2 (том СССXXIX), февраль.2008. –С. 78-81.
3. Отчет Комитета Казанской научно-промышленной выставки 1890 года, состоящей под покровительством Его Императорского Высочества государя наследника цесаревича.– Казань, 1891.– С. 39-42.

Кульпанович О.А.

ИМЯ В МЕДИЦИНЕ ИЛИ САМОВЫДВИЖЕНИЕ И САМО- НАГРАЖДЕНИЕ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Человек живет столько, сколько живет память о нем. А что отбирает история? Сколько память живет? Кто заставляет ее жить? И зачем?

Прошлое не позади нас, оно вокруг нас. Духовная связь поколений является важнейшим условием развития общества. В преемственности заключается будущее страны. В каждом из нас имеется потребность соизмерять свою жизнь с жизнедеятельностью предшественников. История нужна для сохранения личности, самопознания, для того, чтобы понять себя сегодняшних (кто мы есть, где мы? и зачем?). Разрыв с прошлым и будущим, культивирование "вечного настоящего" является основным признаком незрелости, упрощенности личности, социума, что облегчает манипуляцию ими. Знание истоков, предшественников формирует национальную, социальную, профессиональную идентичность. История - это возможность абстрагироваться и поменять точку отсчета - взглянуть на сегодняшнюю жизнь как общества, так и профессиональную, личную через призму предыдущего бытия человечества. Это дает ключ к пониманию смысла, цены и масштаба современных персон, событий.

Медицина Беларуси раскрывает нам огромный мир личностей и судеб великих, драматичных и трагичных. Белорусская земля дала немало врачей, свое существование которые посвятили служению людям. А.Ф. Недзведзский, И.К. Стржалко, И.У. Зданович и другие были нравственными камертонами общества. Это классики отечественного здравоохранения. Врачи имели огромный авторитет у населения и взаимоуважение коллег. Об этом свидетельствует практика присвоения имен врачей улицам, учреждениям, пароходам, горам и другим объектам (топонимика).

Анализ названий (идентификаторов) показывает, что фамилии врачей Беларуси XVI-XXI веков увековечены в 168 объектах. Это проспекты, улицы, переулки, набережные, мемориальные доски, скульптуры, учреждения (больницы, институты, библиотеки, гимназии, пароход и т.д.), аудитории, палаты, койки, стипендии, фонды, авторские операции, симптомы, пробы, лекарственные формы, марки.

- 95 наименований объекта (56,5 %) – находятся в пределах Беларуси.
- 54 наименования – это проспекты, улицы, переулки, набережные.
- 14 наименований – мемориальные доски.
- 20 наименований – скульптуры.
- 28 наименований – учреждения (больницы, институты, библиотеки, гимназии, пароход и т.д.).

- 25 наименований – аудитории, палаты, койки, стипендии, фонды.
- 15 наименований – авторские операции, симптомы, пробы, лекарственные формы.
- 10 наименований – марки.

В данную статистику не включены:

1. надгробные памятники и скульптуры на кладбищах;
2. наименования объектов на территории Беларуси (улицы и др.) в честь врачей, которые не жили и не работали в Беларуси.

Наименования являются важным информационным и воспитательным инструментом. Практика присвоения имен свидетельствует о корпоративной солидарности врачебного сообщества, народной памяти, состоянии нравственности общества. Индекс наименований показывает самый важный актив здравоохранения – человеческий капитал. Он имеет уникальную ценность и в отличие от других видов активов, не изнашивается с течением времени, а наоборот, улучшает свои качества.

В подавляющем большинстве эти наименования происходили в XIX-начале XX веков. Последнее увековечивание имени врача состоялось в 2014 г. На здании Детского хирургического центра в Минске установлена мемориальная доска, посвященная памяти детского хирурга, доктора медицинских наук О.С. Мишарева.

Присвоение имен осуществлялось по инициативе гражданского населения или врачебного сообщества. Обращает на себя внимание издание последователями врача книг, учебников, которые авторы посвящали своему Учителю. Ассиметричным ответом нашего времени является практика самовыдвижения, самонаграждения друг друга и саморекламы.

На сегодняшний день в отечественном здравоохранении исчезли именные наименования аудиторий, коек, палат в больницах. До революции 1917 г. имена выдающихся врачей присваивались палатам (Макаревич С.В., Валк, А.К., Гнедовский Н.Д. и др.). В больницах именные койки посвящались различным деятелям (светским и религиозным). Имелись и койки, названные в честь врачей (Стржалко И.К., Айзенштадт М.П. и др.). Об этом свидетельствовали медные таблички, прикрепленные к именным койкам.

Логистика присвоения названий свидетельствует о том, что переименование является важным инструментом перекодировки сознания. В эпоху красной диктатуры на смену памятникам, улицам, названным в честь творцов и созидателей, пришли мемориалы, посвященные вождям мирового пролетариата. Чаще всего это святая троица – Ленин, Сталин и Дзержинский. Так, например, больница еврейского благотворительного общества «Линас Гацедек» в 1922 г. была переименована и получила благообразное и содержательное название I-й Советской. Взамен именных коек, палат и операционных в больничном сквере установили бюсты Ленина и Сталина. В настоящее время на территории больницы стоит па-

мятник Ленину. В 1965 г. больница стала называться 3 городской клинической больницей им. Е.В. Клумова. Сколько продержится это название – покажет время.

В 1921 г. Бобруйской Советской больнице (бывшая уездная больница) присвоено имя Октябрьской революции. Историческая справедливость и здравый смысл были восстановлены в 2008 году, когда данной больнице присвоено имя родоначальника хирургической школы Бобруйщины Морзона В.О. (1881, Заславль–1954, Минск).

Типичная ситуация нового и новейшего времени, когда объект (улица, учреждение и др.), носивший имя врача, переименовывался во вдохновляющее и жизнеутверждающее типа «переулок Коммунистический» или «улица Базисная первая». После Великой Отечественной войны улица врача Пацевича А.К. (1847, Пружаны – 1928, Пружаны) в Пружанах переименована в Советскую. В Вилейке улица врача Орловского А.А. переименована в улицу Дзержинского. 20 (12 %) из 168 объектов, которым присвоены имена врачей в настоящее время не существует (переименованы или прекратили свое существование).

Вследствие жизненных обстоятельств врачи меняли место жительства. Текущность врачебных кадров всегда была достаточно высокой. Благодаря существующей практике присвоения имен фамилии врачей Беларуси увековечены в названиях улиц, скверов и др. объектов различных стран. Таким образом, имеется представительство белорусской медицины, а значит, страны за рубежом.

География памяти:

95 – Беларусь, 46 – Россия, 8 – Литва, 6 – Польша, 3 – Израиль, 2 – Украина, 2 – Франция, 2 – Германия, 1 – Италия, 1 – Австрия, 1 – Чехия, 1 – за пределами земного шара (астероид).

Великое прошлое Беларуси учит нас быть людьми, достойными этого величия, помогает понять смысл жизни, сохраняет веру в предназначение и будущее страны. Медицина – это люди, выдающиеся, известные и незаслуженно забытые, которые сыграли огромную роль в истории, положили свои жизни на алтарь служения отечеству и внесли неоценимый вклад в развитие страны.

Свой талант врачи отдавали во имя народа Беларуси. Они – золотой фонд отечественной медицины, элита интеллигенции Беларуси. Мы гордимся ими. Давайте жить так, чтобы следующему поколению было за что гордиться нами!

Лапановіч С.Ф.

**УДЗЕЛ УСЕРАСІЙСКІХ ЗЕМСКАГА І ГАРАДСКОГА
САЮЗАЎ У АКАЗАННІ МЕДЫЦЫНСКАЙ ДАПАМОГІ
БЕЖАНЦАМ У ГРОДЗЕНСКАЙ ГУБЕРНІ Ў ПАЧАТКОВЫ
ПЕРЫЯД ПЕРШАЙ СУСВЕТНАЙ ВАЙНЫ (1914 –1915 гг.)**

Акадэмія Міністэрства ўнутраных спраў Рэспублікі Беларусь

Сучасная гістарыяграфія разглядае Першую сусветную вайну як важнейшую падзею пачатку XX стагоддзя. Вядучыя дзяржавы свету вырашалі свае праблемы шляхам жорсткай і бескампраміснай вайны, якая стала паваротным пунктам у лёсе мірнага насельніцтва. Адзначым, што расійскае армейскае кіраўніцтва рыхтавалася да наступальнай і хуткаечнай вайны. Генеральны штаб планаваў наступленне супраць войск праціўніка з мэтай перанясення баявых дзеянняў на яго тэрыторыю. Аднак крызіс забеспячэння зброей, боезапасамі, амуніцыяй назіраўся ў расійскай арміі ўжо ў першыя месяцы вайны. Гэта стала адной з асноўных прычын няўдалых дзеянняў расійскай арміі і яе адступлення ў 1915 г., што, у сваю чаргу, паўплывала на пераўтварэнне бежанства ў сапраўдную катастрофу. Так характарызаваў масавае бежанства сучаснікі гэтых падзей, у тым ліку прадстаўнікі вышэйшых цывільных і ваенных органаў улады. Генерал В.І. Гурко пісаў “Людзі, якія ваявалі ў некалькіх войнах і ўдзельнічалі ў шмат якіх крываваых бітвах казалі мне, што ніякі жах бітвы не можа параўнацца з жудасным відовішчам бясконцага руху насельніцтва, якое не ведае ні мэты свайго падарожжа, ні месца, дзе яно зможа адпачыць, знайсці ежу і прытулак... Толькі Бог ведае, якія пакуты зведалі яны, колькі слёз пралілі, колькі чалавечых жыццяў было прынесена ненасытнаму Молаху вайны”[1, с. 149]. Пераўтварэнне мірнага насельніцтва ў бежанцаў мела наступствамі частковае разбурэнне сацыяльнай структуры грамадства, былі парушаны сямейныя адносіны і традыцыйныя сувязі.

У Расійскай імперыі ў вырашэнні праблемы бежанства прымалі ўдзел як дзяржаўныя ўстановы і службовыя асобы, так і арганізацыі, якія дзейнічалі на грамадскіх і дабрачынных пачатках. З боку цэнтральнай дзяржаўнай улады клопат аб бежанцах ажыццяўлялі Міністэрства ўнутраных спраў, Асобая нарада па ўладкаванні бежанцаў (працавала ў Петраградзе), Галоўнаўпаўнаважаныя па ўладкаванні бежанцаў, з боку мясцовых улад – губернскія, павятовыя і гарадскія ўлады. Сярод грамадскіх арганізацый важную ролю ў аказанні дапамогі бежанцам у Беларусі адыгрывалі Усерасійскі земскі саюз (далей – УЗС), Усерасійскі саюз гарадоў (далей – УСГ, аб’яднаная арганізацыя саюзаў атрымала назву ЗемГор) і Камітэт Яе Імператарскай Вялікасці Вялікай Князеўны Таццяны Мікалаеўны (ці Таццянінскі камітэт), а таксама дабрачыныя

арганізацыі, пабудаваныя па нацыянальных, тэрытарыяльных ці рэлігійных прынцыпах[2, с.4].

З пачаткам Першай сусветнай вайны патрыятычна настроеныя колы расійскага грамадства палічылі сваім абавязкам дапамагчы Радзіме ў барацьбе за перамогу. З гэтай мэтай ствараліся грамадскія саюзы і дабрачынныя камітэты. Падкрэслім, што ў першы год вайны, да пачатку лета 1915 г., дапамогу асноўнай колькасці бежанцаў аказвалі дабрачынныя установы. У гэты перыяд цывільныя ўлады забяспечвалі патрэбы толькі пэўных катэгорый бежанцаў, перш за ўсе дзяржаўных служачых. Непасрэдны ўдзел у аказанні дапамогі бежанцам органы дзяржаўнай ўлады пачалі прымаць з пачатку масавага руху бежанцаў, а менавіта з лета 1915 г. Дабрачынныя ўстановы, у сваю чаргу, аказвалі дапамогу розным катэгорыям пацярпелага насельніцтва, у тым ліку бежанцам, з першых дзён вайны. Але да выдання закона аб бежанцах у жніўні 1915 г., які ўсталяваў фінансаванне забеспячэння патрэб гэтай катэгорыі пацярпелых ад вайны сродкамі з казны, іх магчымасці былі ў большасці выпадкаў абмежаваны добраахвотнымі ахвяраваннямі, памеры якіх у складаных умовах таго часу былі нязначныя.

У гады Першай сусветнай вайны ў Беларусі дзейнічаў цэлы шэраг арганізацый, пабудаваных на грамадскіх і дабрачынных пачатках. Пачатак іх працы зафіксаваны ўжо ў верасні 1914 г. [3, спр. 3639, л. 800]. Межы магчымасцей дабрачынных і грамадскіх устаноў, а таксама памеры дапамогі, якую яны здольны былі аказваць пацярпелым ад вайны, залежалі шмат ад якіх абставін. Меў значэнне афіцыйны статус устаноў і камітэтаў, іх арганізацыйная структура, а таксама крыніцы і спосабы фінансавання.

Першапачаткова дзейнасць УЗС і УСГ у беларускіх губернях і, ўвогуле, у Расійскай імперыі, была найвышэйшым царскім дазволам абмежавана клопатам аб хворых і параненых воінах. На франтавой і прыфрантавой тэрыторыі працавалі медыцынскія лятучыя атрады і санітарныя цягнікі. Саюзамі была створана шырокая сетка харчовых і медыцынскіх пунктаў для забеспячэння патрэб арміі, адчыніліся бальніцы і амбулаторыі. Увосень 1914 г. дзеячамі саюзаў было прызнана, што дапамога арміі знаходзіцца ў непарыўнай сувязі з клопатам аб ахвярах вайны – мясцовым насельніцтве і бежанцах. Саюзамі было прызнана мэтазгодным падзяліць задачы: УЗС павінен быў засяродзіць увагу на дапамозе насельніцтву, УСГ – на ўладкаванні бежанцаў. Уся гэта дзейнасць ажыццяўлялася, у параўнанні з дапамогай арміі, як другарадная[2, с.73-75].

Летам 1915 г. галоўныя камітэты УЗС і УСГ па ўласнай ініцыятыве вырашылі пашырыць аказанне дапамогі бежанцам, нягледзячы на тое, што такая дзейнасць не ўваходзіла ў прамыя задачы гэтых арганізацый. З іншага боку, з улікам вопыту арганізацыі харчовай і медыцынскай

дапамогі, які УЗС і УСГ атрымалі на франтах, менавіта да іх летам 1915 г. звярнуліся ваенныя ўлады з загадам забяспечыць патрэбы насельніцтва, якое высыялялася ў глыб імперыі. Акрамя таго, у пачатку чэрвеня 1915 г. галоўны камітэт УЗС атрымаў ад шэрагу губернатараў прыгранічных тэрыторый просьбы аб арганізацыі медыцынскай і харчовай дапамогі бежанцам [4, стр. 59].

21 чэрвеня 1915 г. генерал М. А. Данілаў паведаміў франтавым упаўнаважаным УЗС і УСГ, што патрабуюцца тэрміновая дапамога бежанцам, якіх армейскае камандаванне выселіла з пастаяннага месца жыхарства і накіравала ў Кобрынскі і Пружанскі паветы, і загадаў саюзам на шляху руху бежанцаў і ў месцах іх часовых стаянак уладкаваць медыцынскія і харчовыя пункты. 4 ліпеня і 4 жніўня 1915 г. ад генерала М. А. Данілава зноў паследавалі загады для УЗС і УСГ павялічыць колькасць медыцынскіх пунктаў на шляху руху бежанцаў ад фронту на ўсход [2, с. 73-75].

У Гродзенскай губерні (да яе захопу праціўнікам) бежанцам з боку УЗС дапамогу аказвалі франтавыя камітэты. Камітэт Паўночна-Заходняга фронту, які быў створаны з мэтай забеспячэння супрацьэпідэміялагічнай бяспекі арміі, ужо ў першыя месяцы вайны палічыў неабходным праводзіць санітарна-медыцынскія мерапрыемствы і для бежанцаў. Справа ў тым, што сярод бежанцаў, як следства іх бядотнага становішча і адсутнасці санітарных мер, шырока распаўсюдзіліся інфекцыйныя захворванні, перш за ўсё халера. З пачаткам масавага руху бежанцаў камітэт Паўночна-Заходняга фронту УЗС адкрыў медыцынскія пункты ў Косаве, Любошыне, Мілавідах, Слоніме, Ваўкавыску, Зэльве і Чамелах. У Гродзенскай губерні дзейнічалі таксама некалькі медыцынскіх “лятучых” атрадаў.

Урачэбна-харчовы пункт УСГ пры Брэсцкай крэпасці стаў абслугоўваць бежанцаў з чэрвеня 1915 г. У пачатку ліпеня з Гродзенскай губерні ў галоўны камітэт УСГ было накіравана паведамленне, што на шляху з Влодава ў Кобрын праходзяць дзесяткі тысяч бежанцаў. Іх становішча характарызавалася як надзвычай цяжкае, прынятыя ўладай меры ацэньваліся як недастатковыя ў параўнанні з памерамі бедства [2, с. 76-78].

У другой палове ліпеня 1915 г. адбылося пасяджэнне мясцовага камітэта ўпаўнаважаных УСГ у Брэсце. На ім было прааналізавана становішча бежанцаў, разгледжаны напрамкі іх руху. Бежанцы з Польшчы рухаліся чатырма асноўнымі шляхамі: праз Влодаў на Кобрын, адтуль на Пінск і Мінск (налічвалася каля 400 тысяч чалавек), з Ломжынскай губерні праз Беласток на Мінск (дзесяткі тысяч бежанцаў), з Роўна – на Сарны (каля 30 тысяч бежанцаў), з Вільні – на Мінск і Полацк (дзесяткі тысяч бежанцаў). Упаўнаважаныя УСГ канстатавалі, што

адсутнічала вызначаная і правільная арганізацыя руху і рассялення бежанцаў.

8 жніўня 1915 г. пры Галоўным Камітэце УСГ і пры ўдзеле членаў УЗС адбылася нарада, якая вызначыла мерапрыемствы па забеспячэнню патрэб бежанцаў. На шляху руху бежанцаў меркавалася ўладкаваць тры лініі пунктаў: франтавыя (уздоўж зоны ваенных дзеянняў, прадугледжваўся медыцынскі агляд і харчаванне бежанцаў), заслоны (фільтраванне бежанцаў, затрыманне заразных), размеркавальнікі (накіраванне бежанцаў у месцы часовага жыхарства). Франтавыя пункты былі вызначаны у Беластоку, Кобрыне, Влодаве, Сарнах і Лунінцы [5, с. 24–28].

У Беларусі восенню 1915 г. дзейнасць мясцовых камітэтаў УЗС і УСГ па дапамозе бежанцам падчас эвакуацыі змянялася апекай над асеўшымі бежанцамі. Асноўная праца губернскіх і павятовых камітэтаў саюзаў была сканцэнтравана на забеспячэнні патрэб бежанцаў, якія знаходзіліся на часовым месцы жыхарства.

Літаратура

1. Уткин, А.И. Забытая трагедия. Россия в первой мировой войне / А.И. Уткин. – Смоленск: Русич, 2000. – 640 с.
2. Лапановіч, С.Ф. Дзейнасць дзяржаўных і грамадскіх арганізацый па аказанні дапамогі бежанцам у Беларусі ў гады Першай сусветнай вайны (1914 – кастрычнік 1917 г.) / С.Ф. Лапановіч. – Мінск: Акадэмія МУС, 2010. – 126 с.
3. Нацыянальны гістарычны архіў Беларусі (НГАБ), Мінск. – Фонд 24. – Воп.1. – Спр. 3639. Пастановы мінскай гарадской Думы.
4. Всероссийский земский союз. Известия главного комитета. – М. – 1915. – № 28.
5. Известия Всероссийского союза городов. – М. – 1915. – № 17.

Лаппо Н.В., Глушанко В.С., Матюшко А.В.

ИСТОРИКО-ИННОВАЦИОННАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО И ИН- ФОРМАЦИОННОГО КАБИНЕТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет», Витебск, Беларусь*

Показатели, характеризующие социальную обусловленность общественного здоровья, отображают группу социальных, культурных, психологических и информационных факторов, объективно влияющих на поведение людей в сфере здоровья и формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ).

Для анализа социальной обусловленности общественного здоровья в контексте ФЗОЖ учитываются: ценностное отношение индивидов (групп населения) к своему здоровью; самооценка здоровья (удовлетворенность его состоянием); информированность населения об имеющихся заболеваниях; поведенческие стратегии населения в сфере здоровья; оценка доступности общей и специализированной медицинской помощи. Генеральная Ассамблея ООН приняла политическую декларацию, в которой констатировала, что глобальное бремя и угроза неинфекционных заболеваний – это один из основных вызовов развитию в XXI веке [1].

Преждевременная смертность, инвалидность, жизнь с хроническим заболеванием приводит к тяжелым экономическим последствиям для семьи и общества. Общество несет экономические потери, связанные с невыходом на работу, снижением производительности труда и текучестью кадров, уменьшением доходов, ранним выходом на пенсию, повышенной нагрузкой на службы медико-социальной помощи и социальной защиты [2,3].

Среди неинфекционных заболеваний, основной вклад в смертность вносят болезни системы кровообращения – 52,7%, новообразования – 13,4%, внешние причины – 8,2%, которые в сумме являются причиной около 75% всех смертей. Основными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний, является предрасположенность и образ жизни. Факторы риска носят полиэтиологический характер, а их устранение часто требует применения интегрированных форм профилактики. Т.е реализация конкретных превентивных мер может предупреждать ряд заболеваний. Почти 60% общего числа факторов приходится на долю 7 ведущих факторов риска: повышенное кровяное давление; курение; алкоголь; повышенное содержание холестерина в крови; избыточная масса тела; недостаточное потребление фруктов и овощей и малоподвижный образ жизни.

Сорок лет тому назад при кафедре общественного здоровья и здравоохранения (1974 г.) был создан методический кабинет санитарного просвещения, которым руководили А.Н. Судник (1974-1985 гг.), Н.Я. Вороненко (1986-1994 гг.), Ю.А. Жуков (1994-2001 гг.). В 1998 г. кабинет получил статус штатного, а в 2007 г. – внештатного учебно-методического и информационного кабинета (УМИК) по формированию здорового образа жизни (ФЗОЖ). Внештатным руководителем была старший преподаватель Т.Л. Петрище (2001 – 2011), с 2011 по 2013г. – старший преподаватель Р.Ш. Шефиев., а с 2014 г. – ассистент Н.В. Лаппо.

УМИК ФЗОЖ оснащен стендами, имеется видеотехника, нормативные документы по ФЗОЖ, комплекты медико-гигиенических средств, систематизированный тематический каталог мультимедийных презентаций (более 500). Совершенствуется работа по методическому обеспечению практических занятий со студентами: обновляется каталог рекомендуемых средств по ФЗОЖ, обновляются папки «В помощь лектору»; изго-

тавливаются новые учебно-информационные плакаты, формируются и динамически пополняются базы данных электронных документов. Как инновацию можно рассматривать то, что УМИК ФЗОЖ предоставляет лучшие работы студентов по тематике, связанной с формированием здорового образа жизни, для участия в выставке – ярмарке «Витебщина – за здоровый образ жизни», который проходит ежегодно в сентябре месяце [4,5].

В настоящее время несмотря на наличие нормативно-правовых документов и реализации многочисленных программ профилактики в стране заболеваемость растет среди всех групп населения, изменяются возрастные параметры, увеличивается доля лиц с хроническими заболеваниями. Относительно высоким остаётся общий коэффициент смертности.

Простая истина о необходимости укрепления здоровья смолоду трудно признаётся и усваивается, ей не придают особого значения. Появляются ненужные привычки, формируется неправильное представление о неисчерпаемости резервов здоровья. Вместе с тем медицинская помощь часто опаздывает, так как начинается лишь с момента обращения пациента к врачу, когда патологические изменения могут стать уже необратимыми. Для того чтобы быть в форме, добиться комфортного физического состояния требуется коренным образом изменить своё отношение к здоровью.

Здоровый образ жизни должен стать идеологией белорусского общества. При этом для человека важно осознавать свою ответственность, прежде всего, за свое здоровье, и здоровье своей семьи. Врач, принимающий позитивные поведенческие установки ЗОЖ на индивидуальном уровне, будет более качественно и эффективно осуществлять медико-гигиеническое обучение населения по вопросам ФЗОЖ, профилактике заболеваний (в т.ч. социально значимых) и негативных явлений.

Целью преподавания вопросов медико-гигиенического обучения и воспитания населения является подготовка высокопрофессиональных медицинских кадров, владеющих современными технологиями медико-гигиенического обучения и воспитания населения и формирования здорового образа жизни. Разработанные образовательные технологии включают ряд взаимосвязанных компонентов: учебная, учебно-методическая, учебно-исследовательская, научно-исследовательская, организационно-методическая и информационно-воспитательская работа.

Под руководством кафедры каждый студент готовит одно из средств привития медико-гигиенических знаний. Обращает на себя внимание осознанный выбор тематики, культура оформления и высокий уровень подготовки этих средств. Структура средств по форме: презентации – 37%; буклеты – 20%; плакаты 19%; лекции – 14%; санбюллетени – 4,5%; памятки – 4,5%; видеоматериалы – 1%. Работы подлежат апробации и обсуждению на занятиях. Обсуждения проходят живо, с участием всех сту-

дентов группы, что свидетельствует об интересе к рассматриваемым проблемам. Все средства апробируются в период врачебной производственной практики и реально доводятся до населения (контроль осуществляется преподавателями в период защиты практики с помощью лекционных путевок). Таким образом, достигаются 2 цели: привитие практических навыков по ФЗОЖ и медико – гигиеническое обучение населения. Ежегодно проводится смотр-конкурс «Образ жизни, здоровье и успех» текстов лекций, санитарных бюллетеней, плакатов, памяток для пациентов, мультимедийных презентаций и видеороликов.

Последний 40-й смотр конкурс, посвящённый 80-летию ВГМУ, состоялся согласно Приказа № 23-ОК от 03.03.2014 г. среди студентов университета с 3 марта по 30 мая 2014 г. Конкурс осуществлен в 3 этапа: дача указаний студентам и сбор средств ФЗОЖ; отбор лучших средств ФЗОЖ; заседание конкурсной комиссии. В конкурсе приняли участие студенты университета (589 человек). Конкурсная комиссия под председательством проректора по учебной работе и международным связям, профессора Н.Ю. Коневаловой признала лучшими работы в нижеследующих номинациях.

Лучшие мультимедийные презентации: «Аборт и его последствия», «Домашняя аптечка», «Work, life, rest and health».

Лучшие памятки: «Инфекции передающиеся половым путем», «Берегите зубы! Профилактика стоматологических заболеваний», фотоблокнот-памятка «Здоровье и фрукты».

Лучшие видеоматериалы: «Здоровый образ жизни, его основные компоненты и пути формирования», «Здоровый образ жизни», «Спастерапия».

Лучшие плакаты: «Компьютер и его влияние на здоровье человека», «Аборт и его последствия», «Донорство – гуманный долг каждого», «Физкультура, спорт, активный отдых и здоровье».

Лучшие санитарные бюллетени: «Домашняя аптечка», «Артериальная гипертензия», «Аборт и его последствия».

Лучшие лекции: «Профилактика ВИЧ-инфекции среди молодежи», «Компьютер и его влияние на здоровье человека. Интернет-зависимость», «Влияние биоритмов на умственную работоспособность студентов».

Лучшие буклеты: «Рекомендации по сохранению зрения», «Суициды: причины и меры предупреждения «О вреде курения», «Профилактика микозов».

В ходе преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранения» обращается внимание на факторы риска возникновения заболеваний (курение, гиподинамия, нерациональное питание, избыточный вес, пьянство, алкоголизм, наркомания, токсикомания, неблагоприятные условия среды обитания и др.), т.е. на конкретном фактическом материале доказывається актуальность медико-гигиенического обучения и воспита-

ния населения как неотъемлемой части будущей практической врачебной деятельности.

Таким образом, в Университете реализуется образовательная концепция здоровьесберегающих технологий, обеспечивающая высокий уровень профессиональной подготовки специалистов по вопросам медико-гигиенического воспитания населения и формирования здорового образа жизни, а проводимая работа способствует достижению учебно-воспитательной цели: формирование разносторонне развитой, нравственно зрелой, творческой личности обучающегося.

Литература

1. Глушанко, В.С. Общественное здоровье и здравоохранение: пособие, 2-е изд., перераб. и доп.; под ред. В.П. Дейкало. – Витебск: ВГМУ, 2011. – 491 с.

2. Обоснование потребности инвестиций в медицинские и организационные технологии (А.Н. Косинец, В.С. Глушанко, А.В. Плиш, А.В. Матюшко, А.Н.Артеменко). Организационные технологии в системе здравоохранения XXI века: Монография под ред. А.Н. Косинца, В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2006. – 328 с.

3. Глушанко, В.С. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: Монография / В.С. Глушанко, В.В. Колбанов, И.В. Левицкая, И.Н. Мороз, С.А. Морозова, Т.Г. Светлович, С. Эглофф; под ред. Ген. Секретаря БОКК В.В. Колбанова. – Витебск: ВГМУ, 2008. – 185 с.

4. Глушанко, В.С. Инновационные средства формирования здорового образа жизни в контексте реализации здоровьесберегающих технологий человеческого потенциала. // Проблема здорового образа жизни в современных условиях: материалы респ. науч.-практ. конф. (Минск, ноябрь 2013г.) / учреждение образования «Акад. М-ва внутр. дел Респ. Беларусь». – Минск: Акад. МВД, 2014. – 179, [1] с.

5. Лаппо, Н.В. Модерная основа повышения эффективности потенциала здорового образа жизни в формировании культа здоровья // Проблема здорового образа жизни в современных условиях: материалы респ. науч.-практ. конф. (Минск, ноябрь 2013г.) учреждение образования «Акад. М-ва внутр. дел Респ. Беларусь». – Минск: Акад. МВД, 2014. – 179, [1] с.

Латышева В. А.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДУШЕВНОБОЛЬНЫМ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ (НА ПРИМЕРЕ ВИТЕБСКОЙ ГУБЕРНИИ)

Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

Благодаря работе отечественных и зарубежных коллег сегодня приобретает известность наполненная трагизмом тема связанная с преследованием нацистами и массовыми уничтожениями душевнобольных из числа гражданского населения и военнослужащих в годы Второй мировой войны. Ряд исследователей отмечает, что определённой основой такой бесчеловечной политики стали идеи порождённые вследствие потерь, опыта и жертв предшествующей ей Первой мировой войны. Однако вместе с тем проблемы, связанные с судьбами душевнобольных, оказанием им медицинской и социальной помощи и прочее в годы этой войны, как и сама история Первой мировой войны, в отечественной историографии представляются незаслуженно забытыми.

Одним из подтверждений тому является историография оказания психиатрической помощи военнослужащим в годы войны на территории одного из крупнейших театров боевых действий Российской империи – территории Беларуси. Если в период самой войны количество публикаций, посвящённых данной проблеме было довольно значительным, то с приближением к её окончанию внимание специалистов стало сосредоточенным на проблемах катастрофической разрухи материальной базы оказания психиатрической помощи, на вопросах её реконструкции и реорганизации. В последующие десятилетия проблема также не получала должного развития. Однако сегодня по ряду причин она требует своего освещения.

Известно, что значительный опыт оказания психиатрической помощи военнослужащим был приобретен медициной Российской империи ещё в годы русско-японской войны, на фронтах которой был задействован медицинский персонал и из белорусских губерний. Именно тогда стала наиболее очевидной необходимость такой помощи, были заложены и её основы. Но к началу Первой мировой войны система оказания психиатрической помощи военнослужащим на полях сражений оказалась практически не налаженной. Выход был найден в привлечении к попечению над подобными больными на время ведения боевых действий Общества Красного Креста. Оно обязывалось заботиться о душевнобольных солдатах, находящихся в действующих войсках до момента их увольнения со службы по состоянию здоровья. Для офицерских чинов срок опеки Красного Креста продолжался до года и после их увольнения по причине психического заболевания. Т. И. Юдин отмечает роль эвакопунктов, открытых Красным Крестом, однако, по его же оценке, «этого было крайне недоста-

точно» [2, с. 363]. В дальнейшем забота об уволенных военнослужащих, утративших трудоспособность, ложилась на Особую комиссию Верховного Совета. Для решения поставленной задачи в её составе действовал психиатрический отдел.

Однако очень скоро стало очевидным, что такая система помощи была мало эффективной: с развёртыванием боевых действий количество душевнобольных военнослужащих значительно возросло, резервов Военного министерства просто не хватало. Психиатрический отдел был вынужден обращаться за помощью к земствам, располагавшими возможностью оказания помощи в психиатрических отделениях губернских больниц. Однако залог должной помощи виделся в максимальной приближенности её оказания к театру боевых действий. Именно одним из таких мест был губернский Витебск. Его психиатрическое отделение наравне с подобными в Гродно, Минске и Могилёве имело опыт оказания психиатрической медицинской помощи ещё с первой половины XIX века.

С началом Первой мировой войны Витебская губерния была объявлена на военном положении, а с осени 1915 года Витебск стал прифронтовым городом. Сюда переместились штаб Двинского военного округа, военные учреждения и госпитали.

Источниковая база по проблеме оказания медицинской психиатрической помощи военнослужащим в губернском Витебске сегодня довольно разнообразна. Среди сохранившихся источников отметим материалы местного комитета Витебской психиатрической больницы, её отчёты о работе, приказы и инструкции губернского отдела народного здравоохранения Витебского губисполкома и губздравицы, а также сведения об оказании психиатрической помощи военнослужащим, почерпанные из различных источников, в том числе периодической печати периода Первой мировой войны. Значительный массив источников представлен документами учреждения «Государственный архив Витебской области». Данные источники позволяют остановить внимание на следующих, на наш взгляд, небезынтесных сюжетах.

Категория нуждающихся в психиатрической помощи. Военное ведомство запрашивало помощь у земства, подразумевая под нуждающимися в ней «душевнобольных жертв войны». Сюда относили не только солдат и офицеров, но и сестёр милосердия, и санитаров, и военнопленных вражеской армии, и побывавших в плену соотечественников, и тех больных военнослужащих, которые находились под юрисдикцией военного суда, а также окопных рабочих, и беженцев. Именно обо всех них ведомство считало своим долгом позаботиться.

По данным источников с 1914 по 1917 годы большинство душевнобольных из тех, кто попал в психиатрическое отделение по обращению туда Военного ведомства, приходилось на простых окопных солдат. Следует отметить, что ещё в довоенное время психиатрическое отделение гу-

бернской больницы испытывало большие трудности: оно было переполнено, нуждалось в расширении и улучшении условий. Но даже в тех более благополучных условиях, как показали события Первой мировой войны, отделение, пойдя на невероятные усилия, могло принять по данным на август 1914 года только 20 человек. Однако только за три военных года психиатрическое отделение, которое было переполнено больными из местного населения, не отказало в помощи 516 душевнобольным жертвам войны. Из них 17,6 % оставались в больнице на срок более трёх лет.

Работа медицинского персонала в прифронтовых условиях. За всё время войны персонал психиатрического отделения выполнял безмерно усиленную работу по обслуживанию душевнобольных военнослужащих. Забота о них требовала не только дополнительной медицинской помощи, но и отнимала немало времени у врачей. По их признанию, «работы было много: кроме истории болезни писать на каждого такого больного приходилось до 10-11 бумаг, а так же много еженедельных, месячных ведомостей в тыловые пункты, в Красный Крест, Всероссийский земский Союз и т. д.» [1, л. 137 об.].

В дополнение к этому, работу психиатров каждый год отягощал набор новобранцев. Значительная их часть поступала в отделение в качестве так называемых «испытуемых». Если за 1917 год к психиатрам больницы было 1831 обращение, то испытуемых новобранцев за это же время им пришлось принять 2648 человека.

Условия оказания психиатрической помощи военнослужащим. С развёртыванием боевых действий вблизи Витебска у населения исчезли возможности для осуществления хозяйственной деятельности: сельское хозяйство пришло в упадок, из предприятий функционировали только те, которые были ориентированы на нужды фронта, вследствие военной мобилизации работоспособного мужского населения ощущалась острая нехватка рабочей силы. Очевидно, что в таких условиях город, который за время войны лихорадили продовольственный, отопительный и другие кризисы, не мог достойно обеспечивать пострадавших из числа военнослужащих. Однако показательно, что, несмотря на тяжёлые условия, их постоянно пытались поддерживать усиленным питанием, как до, так и после революции 1917 года.

Так, голодной зимой 1917-1918 года заведующий психиатрическим отделением был вынужден обратиться к начальнику 173 эвакуационного пункта, указывая, что душевнобольные военнослужащие физически здоровые люди, для которых хорошее питание играет громадную роль. Доктор просил о срочном увеличении отпуска хлеба для этой категории душевнобольных пациентов отделения. Просьба была удовлетворена – ежедневная норма хлеба для душевнобольных военнослужащих была увеличена.

Оказание психиатрической помощи душевнобольным красноармейцам. С образованием Красной Армии старалась быть налаженной система оказания психиатрической помощи красноармейцам. Только за первый год её существования пациентами психиатрического отделения города стали 267 военнослужащих. Их приём в Витебске осуществлялся через уведомление посредством телефонограмм. Вначале запрашивалось наличие одного или нескольких мест для конкретных больных. Запросы производил заведующий лечебным подотделом. Затем, получив необходимое обследование и в случае необходимости экстренную помощь, душевнобольные красноармейцы отправлялись на дальнейшее лечение в психиатрические отделения по месту жительства.

География помощи военнослужащим. За годы войны психиатрическое отделение Витебска смогло оказать помощь военнослужащим, как белорусам, так и выходцам из российских, украинских, прибалтийских губерний. Показательно, что в 1920-ые гг. по линии НКВД часть больных из числа литовских, эстонских и латвийских военнослужащих, пребывавших в психиатрическом отделении города, была обменена на больных из белорусских губерний. Во время военных действий без помощи не оставались даже душевнобольные из числа вражеской армии. В ноябре 1922 года именно в Витебске среди пациентов психиатров разыскивали душевнобольных из числа австрийских военнопленных. И это было не случайно.

Несмотря на крайне тяжёлые условия прифронтовой жизни, Витебск смог стать местом, где нуждающиеся в психиатрической помощи военнослужащие её получали. Сохранившиеся источники позволяют выделить различные категории больных среди тех, кто принимал непосредственное участие в боевых действиях, привлечь внимание к работе медицинского персонала в военных условиях, обратить внимание на гуманность отношения к душевнобольным.

Литература:

1. Государственный архив Витебской области. Ф. 64, оп. 1, Д. 4.
2. Юдин Т.И. Очерки отечественной психиатрии / Т.И.Юдин; под ред. Б.Д.Петрова. – Москва: МЕДГИЗ, 1951. – 481 с.

Лелевич С.В.

ОПИЙНАЯ НАРКОМАНИЯ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

Как лекарственное и наркотическое вещество, опий известен со времен глубокой древности. Обнаружение семян и коробочек растения, из

которого получается опий, при археологических раскопках вблизи Боденского озера в Северной Европе дало историкам основание считать, что эти плантации могут относиться к позднему Бронзовому веку. Древнейшие следы найдены на территории современной Швейцарии в свайных постройках. Изображение растения есть в шумерских таблицах, датированных V веком до н. э. Первым эмпирическим знакомством человека с одурманивающими свойствами опия могло быть случайное вдыхание дыма при сжигании растения. С древнейших времен человечеству было известно наркотическое, успокаивающее и снотворное действие опия. В те годы, когда немедицинское использование опиума — опиофагия и опиокурение — уже считалось бичом стран Востока, опасность опиатов в Европе еще не была осознана. Случаи злоупотребления опиийными препаратами были, конечно, и в странах Западной Европы, но возникавшие при этом расстройства причинно не связывались с действием опия, а расценивались как черты вырождения.

На протяжении веков со времен Галена вплоть до конца XIX века опиум использовался как неспецифическое терапевтическое средство в виде препаратов при многих заболеваниях, в том числе и психических. В XVIII веке психиатры используют опиум «с удивительно хорошими результатами», однако именно в начале этого столетия появляются первые научные описания наркотической зависимости. В значении патологической зависимости слово «наркомания» вошло в употребление значительно позже, когда эта проблема в медицинском смысле переросла рамки «плохой привычки». В Европе конца XVIII — начала XX веков наблюдается вспышка интереса к употреблению опиума и гашиша творческой интеллигенцией.

В 1805г. Сертюрнер опубликовал статью об открытии «опиумной или меконовой кислоты» — алкалоида, названного им «морфием», и описал его свойства. Название было взято из греческой мифологии и подчеркивало снотворный эффект выделенного из опиума вещества. Современное название алкалоида — «морфин» — было предложено позже Гей-Люссаком. Выделение и очистка морфина открыли перспективу получения активных веществ в чистом виде из растительных и животных тканей. Их внедрение в медицинскую практику позволило сменить неспецифическую терапию на рациональную. Применение морфина для наркоза и появление морфинизма — наркомании, развивающейся в результате хронического злоупотребления морфином, относятся к более позднему периоду.

Объективным толчком к росту морфинизма в XIX столетии историки считают Крымскую и Франко-Прусскую войны (1870-1871 гг.). Большое число ранений и операций, проведенных под морфиновым наркозом, способствовало популяризации морфина. С ним стали связывать большие надежды практические врачи. Заблуждение врачей состояло в том, что морфин в отличие от опиума якобы не будет вызывать наркомании, по-

скольку бытовало мнение, что наркомания к опиуму «обусловлена свойством желудка». Рост числа морфиновых наркоманов во второй половине XIX века, статистически особенно выраженный среди женщин и распространенный в среде врачей, опроверг эти надежды. Становилось бесспорным, что морфин при частом использовании неизменно порождает наркоманию и дает тяжелую форму интоксикации, отличную от интоксикации опиумом.

Известно, что три события, произошедшие в XIX веке: выделение морфина, изобретение шприца для подкожных инъекций и синтез диацетилморфина (героина) в 1874 году – стали основой широкого применения опиатов для аналгезии, одновременно повысив возможность злоупотребления ими. Высокие концентрации морфина или героина в сыворотке крови при инъекции могли быть достигнуты быстрее, чем при курении или жевании.

Общественное отношение к применению опиатов изменилось в 1870-х гг., когда было выявлено, что «медицинское» использование опиатов действительно помогало при симптомах опиатной зависимости. Легальное немедицинское применение опиатов закончилось с выходом в свет Акта Харрисона в 1914 году, согласно которому требовалась регистрация производителей и распространителей наркотиков, обложение налогами торговцев наркотиками и запрещение к применению опиатов без рецепта врача. Несмотря на все эти условия, злоупотребление опиатами остается важной социальной проблемой.

В современной наркологии при изучении различных аспектов опиной наркомании используют следующие термины:

- опиаты – естественные алкалоиды опийного мака, которые содержатся в соке и других частях этого растения (морфин, кодеин и др.), вызывающие зависимость и оказывающие угнетающее действие на ЦНС;

- опиоиды – вещества, действующие на организм подобно опиатам, однако, в отличие от опиатов не содержащиеся в опийном маке. Опиоиды получают из опиатов как полусинтетические продукты (героин, этилморфин и др.) или создаются из веществ неопийной природы в результате полного химического синтеза (промедол, метадон и др.);

- опий-сырец (опион (греч.) – «млечный сок») – высушенный млечный сок, который вытекает из надрезов незрелых маковых головок – плодов растения *Papaversomniferum* (мак снотворный), представляющий собой липкую, смолоподобную, пластичную, горькую на вкус массу от коричневого до черного цвета с характерным лакричным запахом. По мере старения пластичность исчезает, масса становится твердой и хрупкой;

- экстракционный опий – вещество, извлекаемое различными растворителями из опия-сырца или соломы мака снотворного, содержащее опийные алкалоиды, в том числе наркотически активные морфин, кодеин

и тебаин, представляющие собой жидкость коричневого цвета с запахом растворителя.

Активные ингредиенты мака получают при вскрытии семенной коробочки после того, как лепестки цветка опали. Белый латекс медленно вытекает, становится коричневым и застывает. По весу 75% этой смолы биологически неактивны и состоят из различных растительных продуктов. Оставшийся материал представляет собой смесь 25 различных алкалоидов, в которых морфин присутствует в наибольшей концентрации. Начиная с 40-х гг. XX века было разработано несколько синтетических агонистов и антагонистов опиоидов. В 1975 году появилась абсолютно новая область молекулярной фармакологии – был идентифицирован первый эндогенный опиоид. Данные вещества получили название энкефалины. Они представляют собой пентапептиды, являющиеся агонистами опиатных рецепторов. В настоящее время идентифицировано около 18 эндогенных пептидов с опиатоподобной активностью.

Литература:

1. Лелевич, С.В. Метаболические аспекты морфиновой наркомании. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 139 с.

Липский В.И., Молчан А.М., Вальчук А.Э.

ИЗ ИСТОРИИ ГОСПИТАЛЯ ИНВАЛИДОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ИМЕНИ П.М. МАШЕРОВА

*ГУ «Республиканский клинический госпиталь инвалидов
Великой Отечественной войны имени П.М. Машерова»,
Минский район, а/г Лесной, Беларусь*

Государственное учреждение «Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны имени П.М. Машерова» (далее госпиталь) является многопрофильным лечебным учреждением, оказывающим высококвалифицированную стационарную медицинскую помощь ветеранам Великой Отечественной войны, в том числе инвалидам Великой Отечественной войны; ветеранам боевых действий на территории других государств, в том числе инвалидам боевых действий на территории других государств; членам семей военнослужащих, партизан и подпольщиков, погибших (умерших) в годы Великой Отечественной войны и при исполнении воинских (служебных) обязанностей; бывшим узникам фашистских концлагерей, тюрем, гетто и бывшим несовершеннолетним узникам иных мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в годы Второй мировой войны; инвалидам с детства вследствие ранения, контузии, увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны либо с последствиями военных действий; пожилым гражданам старше 60 лет, в первую очередь оди-

ноким пожилым гражданам, не имеющим членов семьи, обязанных по закону их содержать.

Датой создания госпиталя является 5 января 1946 г. Он был организован на базе расформированного военного эвакогоспиталя №3803. Госпиталь первоначально функционировал как «Минский областной госпиталь инвалидов №3803» и размещался в д.Боровляны Минского района в приспособленных помещениях барачного типа бывшей машинотракторной станции. Мощность госпиталя составляла 100 коек.

Одновременно с лечением инвалидов в госпитале проводилась и их социальная реабилитация. Инвалидов войны на базе госпиталя обучали профессиям бухгалтера, счетовода, фотографа и повара.

В структуру госпиталя входили приемный покой и одно лечебное отделение с перевязочной и кабинетом для физиотерапевтических процедур, клиническая лаборатория, аптека и канцелярия.

В 1952 г. лечебное отделение было реорганизовано в хирургическое и терапевтическое, а в 1955 г., в связи с увеличением мощности госпиталя до 200 коек, на его базе были созданы ортопедотравматологическое, неврологическое и терапевтическое отделения.

С увеличением мощности госпиталя возрастал и его авторитет. В 1969 году ему присвоен статус республиканского учреждения. Министерство здравоохранения возложило на госпиталь организационно-методическое руководство работой учреждений здравоохранения республики по медицинскому обеспечению ветеранов Великой Отечественной войны.

В это же время по инициативе Первого секретаря Центрального Комитета коммунистической партии Белоруссии П.М. Машерова принято решение о строительстве госпиталя по индивидуальному проекту в поселке Лесном. Новый госпитальный комплекс на 400 коек был создан в 1972 г.

В 1985 г. введен в эксплуатацию еще один лечебный корпус госпиталя и общее количество коек увеличилось до 700.

П.М. Машеров держал под личным контролем вопросы строительства и оснащения госпиталя. За его значительные заслуги в этом вопросе, в честь 80-летия со дня рождения, в 1998 г. госпиталю было присвоено имя П.М. Машерова.

В 2003 г. введен в эксплуатацию лечебно-диагностический корпус, что позволило на его базе разместить кафедры Государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» - лучевой диагностики и геронтологии и гериатрии с курсом аллергологии и профпатологии.

По итогам смотра-конкурса госпиталей ветеранов войн стран СНГ в 2003 г. госпиталь удостоен Диплома Международного конкурса за луч-

шие практические результаты реабилитации ветеранов войн, участников локальных конфликтов и членов их семей и награжден ценным подарком.

В 2009 г. госпиталь признан лауреатом III Международного конкурса «Лучшее учреждение СНГ по профилактике заболеваний, укреплению здоровья и реабилитации ветеранов войн и участников локальных конфликтов» в номинации «Стабильно развивающееся учреждение комплексной реабилитации».

Ежегодно в госпитале проходят лечение более 12 тысяч ветеранов Великой Отечественной войны и лиц, пострадавших от последствий войн.

В госпитале функционируют 10 стационарных отделений: 7 терапевтических отделений на 510 коек, 2 неврологических – на 150 коек и урологическое отделение на 40 коек. Экстренную и неотложную медицинскую помощь обеспечивает отделение анестезиологии и реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии на 6 коек.

В составе отделения анестезиологии и реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии имеются кабинет экстракорпоральной детоксикации и гравитационной хирургии крови, кабинет плазмозфереза. Диагностическая служба госпиталя представлена клинико-диагностической лабораторией, отделением лучевой диагностики и лучевой терапии в составе кабинета ультразвуковой диагностики, рентгенологического кабинета, кабинета компьютерной томографии; отделением функциональной диагностики; консультативным отделением, где проводится прием врачами-специалистами: офтальмологом, неврологом, онкологом, хирургом, дерматологом, эндокринологом, проктологом, гинекологом и эндоскопическим кабинетом.

Физиотерапевтическое отделение располагает светолечением, теплотечением, электролечением, магнитотерапией, лазеротерапией, грязелечением, водолечением и иглорефлексотерапией.

Сегодня госпиталь укомплектован кадрами на 97,9%, в том числе врачами – 96,4%, средним медперсоналом – 98,1%. Квалификационные категории имеют 82,7% врачей и 96,7% средних медицинских работников. В госпитале работают доктор медицинских наук и 3 кандидата медицинских наук.

Имеющийся кадровый потенциал и современное медицинское оборудование позволяют коллективу госпиталя оказывать медицинскую помощь ветеранам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним по льготам, в полном объеме.

*Лосенок С.А., Колomoец И.И., Котельникова Л.В., Наседкин Д.С.,
Квачахия Л.Л., Кобзарева Е.В., Мещерякова Г.В.*

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»,
Курск, Россия*

Курский Ордена Трудового Красного Знамени государственный медицинский университет, основанный в 1935 г., является одним из старейших вузов России по подготовке высококвалифицированных медицинских кадров.

Одной из кафедр, существовавших с момента становления вуза, была военная кафедра, ныне кафедра медицины катастроф, история которой ведет свое начало с февраля 1936 г. Начиная с 1937 г., кафедра переименована в «кафедру военных наук» и её первым руководителем становится Карпиков А.В.

С сентября 1938 г. кафедра стала называться «кафедрой санитарной обороны» и возглавил её доцент Березовский Н.И.

С сентября 1939 года кафедрой руководил доцент Тупиков Г.В., который помимо прямых обязанностей в соответствии с приказом Наркомздрава РСФСР № 213 от 9 марта 1940 г. исполнял обязанности директора Курского медицинского института.

С октября 1940 г. согласно приказа Всесоюзного комитета по делам высшей школы (ВКВШ) кафедра получила название – «кафедра военно-санитарной подготовки».

В довоенный период наряду с изучением студентами военных дисциплин преподаватели кафедры проводили занятия по физической культуре, военно-санитарной подготовке, организовывали обучение сотрудников института по самозащите МПВО, участвовали в проведении других общественных и спортивно-массовых мероприятий вуза.

С началом Великой Отечественной войны преподаватели кафедры по собственной инициативе призываются и уходят на фронт (Березовский Н.И., Андросов Я.С.). Начальник кафедры Тупиков Г.В. активно участвует в эвакуационных мероприятиях института в Алма-Ату и подготовке к обороне города.

После освобождения Курска от немецко-фашистских захватчиков 8 февраля 1943 г. преподавательский состав кафедры активно участвует в восстановлении института.

В 1944 г. приказом Главного управления кадров Наркомата обороны и Военного комитета Высшей школы при Совете Народных Комиссаров СССР № К-1/38/0409 от 4 сентября 1944 г. организована кафедра военно-медицинской подготовки. Этим же приказом установлено - выпускникам,

прошедшим военно-медицинскую подготовку присваивать воинское звание «лейтенант медицинской службы» запаса и использовать их в военное время на должностях младшего врача полка (мужчины) и ординаторов медико-санитарного батальона (женщин).

С середины 40-х до середины 70-х годов в обучении студентов уделялось большое внимание тактической, тактико-специальной подготовке, в том числе организации медицинской службы роты, батальона, полка, огневой подготовке, военной топографии, а так же изучению физико-химических и токсических свойств отравляющих веществ и патологии при поражении ими.

На кафедру были возложены функции контроля за подготовкой студентов на смежных кафедрах, на которых изучались военно-полевая хирургия, военно-полевая терапия, военная гигиена и военная эпидемиология. Кафедра неоднократно отмечалась командованием округа. В 1953–1954 гг. за 1-е место по специальной военно-медицинской подготовке среди медицинских вузов округа кафедра награждена кубком и грамотой.

Наряду с выполнением своих непосредственных обязанностей преподавательский состав кафедры активно участвовал и в общественной жизни вуза: п-к м/с Коломийцев Ф.М. в 1951-1952 г. являлся секретарем партбюро, п-к м/с Бушев Е.В. длительное время возглавлял партком института (1966 – 1983), п-к м/с Кузнецов Н.М. являлся заместителем директора института по административно-хозяйственной части.

Кафедра вела работу по улучшению методической подготовки преподавательского состава, активно проводила оборонно-массовую работу по патриотическому воспитанию студентов. За достигнутые успехи в области охраны здоровья и развития медицинской науки начальник кафедры п-к м/с Бушев Е.В. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 20 мая 1971 года был награжден орденом «Октябрьской революции».

Кафедру последовательно возглавляли: Карпиков А.В. (1937-1938), Березовский Н.И. (1938-1939), Тупиков Г.В. (1939-1944), п-к м/с Конорев П.А. (1944), п-к м/с Мизинов Н.Н. (1944-1945), п-к м/с Берко А.А. (1945-1946), генерал – майор м/с Михнов К.М. (1946-1947), п-к м/с Гончаров Н.Ф. (1947-1950), п-к м/с доцент, к.м.н., Коломийцев Ф.М. (1950-1952), п-к м/с Ктиторенко Л.В. (1952-1954), п-к м/с Гонтарев Н.Е. (1954-1956), Худик Я.Д. (1956-1961), п-к м/с Бушев Е.В. (1961-1975).

Все перечисленные офицеры – участники Великой Отечественной войны. Они широко использовали и внедряли в учебный процесс опыт медицинского обеспечения войск в военное время.

С 1975 по 1986 г. кафедру возглавлял п-к м/с В.А. Гаврилов. Под его руководством коллектив кафедры направлял свои усилия на совершенствование методики военного обучения и воспитания студентов, повышения педагогического мастерства преподавателей, разработку и внед-

рение эффективных методов организации и ведения учебно-воспитательного процесса.

С 1986 по 1996 г. кафедрой возглавлял к.м.н., доцент, п-к м/с А.М. Лосенок. В этот период на кафедре велась большая работа по совершенствованию и развитию учебно-материальной базы, результатом чего явилась победа в 1988 г. в соревновании по эстетическому оформлению кафедр КГМИ. Внедрялись новые технические средства обучения, активно проводилась работа по военно-патриотическому воспитанию студентов. В этот же период на кафедре создан первый компьютерный класс для обучения и тестирования студентов.

С 1996 по 2006 г. начальником кафедры военной и экстремальной медицины (такое название кафедры было введено постановлением Совета Министров правительства РФ №652 от 12 июля 1993 г.), был к.м.н., доцент, п-к м/с В.Н. Поздеев. Наряду с научной деятельностью продолжалась работа по поддержанию на должном уровне учебно-материальной базы кафедры.

С 2006 года кафедрой возглавил д.м.н., доцент, п-к м/с Лосенок С.А. На кафедре по программе подготовки офицеров запаса занимались студенты лечебного и фармацевтического факультетов, заключивших контракт с Минобороны РФ. По курсу военной и экстремальной медицины без заключения контрактов обучались студенты лечебного, фармацевтического, педиатрического, медико-профилактического, стоматологического факультетов и факультета высшего сестринского образования.

Завершающим этапом военной подготовки на кафедре являлись учебные сборы студентов в войсках. Они проводились в каникулярное время в целях практического обучения в войсковых условиях, в которых совершенствовались навыки, полученные обучаемыми при изучении военных дисциплин, выполнялись упражнения по стрельбе, организовывалось принятие военной присяги и осуществлялись другие учебно-боевые задачи.

Учебно-методическая работа кафедры отражалась в разработанных и изданных сотрудниками кафедры учебно-методических пособиях, методических рекомендациях по всем преподаваемым на кафедре дисциплинам.

В последние годы на кафедре активно велась научно-исследовательская работа. Сотрудниками кафедры были выполнены и защищены восемь диссертационных работ.

Коллектив кафедры проводил большую работу по военно-патриотическому воспитанию студентов, как в учебное, так и внеучебное время, передавая накопленный за годы службы опыт.

Одной из основных задач, возложенных военным командованием на кафедру, являлся отбор студентов, изъявивших желание продолжить обу-

чение в Военно-медицинских институтах и стать кадровыми офицерами медицинской службы Вооруженных Сил.

В результате целенаправленной работы ежегодно 10-15 человек переводились для продолжения учебы в Военно-медицинские институты, 4-6 человек в добровольном порядке призывались после окончания вуза в кадровый состав Вооруженных Сил.

За годы существования кафедры подготовлено более 20 тыс. офицеров медицинской службы запаса.

В настоящее время более 100 выпускников разных лет, обучавшихся на кафедре и ставших офицерами, проходят службу в армии и на флоте, занимая различные, в том числе достаточно высокие и ответственные должности. В разное время обучались на военной кафедре:

- генерал-майор м/с Камчатнов Рудольф Александрович;
- генерал-майор м/с Марасанов Радомир Александрович;
- генерал-майор м/с Жаткин Олег Алексеевич;
- генерал-лейтенант м/с Акимочкин Валерий Ефимович.

Достаточно много выпускников вуза офицеров служат в других силовых структурах Министерстве внутренних дел, Федеральной службе безопасности, Федеральной службе охраны, Госнаркоконтроле РФ.

Наряду с преподавательской деятельностью, офицеры кафедры выполняли интернациональный долг в Афганистане (п-к м/с Афанасьев В.М., п/п-к м/с Борисов А.В., м-р м/с Чеканов В.А.), участвовали в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (п/п-к м/с Лукьянов Г.П., п/п-к м/с Нуждин Н.А., п-к м/с Поздеев В.Н., п/п-к м/с Потужный В.С.) и в боевых действиях локальных конфликтов (м-р м/м Лебедева И.А., п/п-к м/с Постаралкин В.Н.).

Проводимая руководством страны военная реформа затронула и процессы военного обучения в гражданских вузах страны.

В соответствии с постановлением Правительства РФ № 152 от 6 марта 2008 г., приказом министра обороны РФ №408 от 25.07.2008 года и письмом заместителя министра Министерства здравоохранения и социального развития РФ №10.11/43 от 20.03.2008 на базе ликвидированной кафедры военной и экстремальной медицины в университете приказом ректора КГМУ № 2210-Л с 1 января 2009 года создана кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф. С 1 сентября 2012года в связи с переходом на обучение студентов в соответствии с ФГОС III поколения переименована в кафедру медицины катастроф.

Учебная работа является основным видом деятельности кафедры. Она включает планирование, организацию и проведение всех видов учебных занятий, текущего и итогового контроля за усвоением учебного материала. Методическая работа – это составная часть учебного процесса и один из основных видов деятельности преподавательского состава кафедры медицины катастроф.

Основными направлениями научных исследований сотрудников кафедры являются изыскания в области аллергологии и иммунологии, фармакологии, биохимии, фармацевтической химии, фармацевтической технологии, микробиологии, хирургии.

Большое внимание сотрудниками кафедры уделяется военно-патриотическому воспитанию студентов. Ежегодно проводятся научные конференции, посвященные знаменательным датам нашей страны. Организуются встречи с участниками Великой Отечественной войны, ветеранами боевых действий в локальных конфликтах.

Сотрудники кафедры активно участвуют в культурных и спортивно-массовых мероприятиях, организуемых вузом на региональном и федеральном уровнях, что отмечено различными наградами, грамотами и дипломами.

Луцкая И.К.

ЛИСТАЯ ПОЖЕЛТЕВШИЕ СТРАНИЦЫ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Как бы человек ни торопился жить, поспевать, идти в ногу со временем, время от времени он останавливается, чтобы вспомнить или оглянуться, обратившись к прошлому. Свойство жить не только настоящим и будущим, но и прошлым особо присуще ученому. Более того, любое исследование каждый раз начинается с изучения истории (состояния) вопроса. Иногда в процессе литературного поиска выясняются самые неожиданные факты и по степени изученности объекта, и в плане парадоксальности трактовки научных результатов. В данном случае проблемы стоматологической профилактики сегодня большинством авторов рассматриваются достаточно однозначно как триединая задача: борьба с микробами зубного налета, коррекция углеводов в пищевом рационе, использование фторсодержащих препаратов.

Обращение к недалекой сравнительно истории – началу XX века – позволяет оценить с современных позиций бытовавшие в то время самые разноплановые мнения. Некоторые из них воспринимаются скорее эмоционально, чем познавательно, научно или практически. А эти «пожелтевшие страницы» относятся к 1913 г. (журнал «Зубоврачебный вестник»).

Основные причины порчи зубов и высшие цели зубной гигиены. – Rose(Германия)(Цитируется по «Зубоврачебному вестнику», 1913, №1).

По мнению автора, за исключением немногих случаев, которые можно считать профессиональными, как например, caries кондитеров, сам по себе зубной кариес не есть болезнь, а только очевидный признак обще-

го физического вырождения. При естественном отборе выгодные признаки из поколения в поколение укореняются и совершенствуются, между тем как противоположные исчезают.

При том, что происходит теперь, люди с хорошими и с дурными свойствами безразлично вступают в брак, и все потомство их, – желательное оно или нежелательное, – сохраняется.

Если все будет продолжаться также, то народы европейской цивилизации должны погибнуть и уступить место менее одаренным умственно, но более крепким и здоровым физически. Задача зубной гигиены должна состоять в борьбе с условиями, ведущими человечество к вырождению.

Раз непоправимо дурные зубы служат признаком вырождения, то следует запрещать людям с такими зубами вступать в брак с лицами, имеющими хорошие зубы и даже препятствовать им вообще вступать в брак и иметь потомство.

А.Б. Залманов (Тула)

«Наш 20-й век богат болезнями вырождающегося человечества, а caries зубов, несомненный признак вырождения, получает все большее и большее распространение. Если до последнего времени caries являлся достоянием преимущественно городского населения, то теперь не редки и в деревне семьи, все члены которых имеют сплошь гнилые зубы. Мы уже приблизились к тому времени, когда рот с совершенно здоровыми зубами отмечается как редкое явление. Из осмотренных мной 521 учеников лишь 21 воспитанник имеет абсолютно хорошие зубы, 16 учеников имеют зубы исправленные (пломбированные), а остальные 484 воспитанника, т.е. 93%, имеют кариозные зубы.

До тех пор, пока врачи, а за ними и широкие слои общества, не проникнутся убеждением, что зубоврачебная помощь столь же необходима для существования нашего организма, как и всякая другая медицинская помощь, до тех пор немыслима правильная организация общественной зубоврачебной помощи».

Речь Председателя Международного Комитета по общественной гигиене зубов, Проф. Lessen'a, на съезде F.D.I. в Стокгольме 1912 г.

Высокоуважаемое собрание!

Школьная гигиена зубов – это фундамент, на котором зиждется народное здравие. Это выражение покажется вам, пожалуй, преувеличенным, но оно приобретает правдивость, силу доказательства и точность, когда вы вникнете в его смысл и представите себе полость рта как входные ворота в человеческий организм.

Воздух, которым мы дышим, должен быть чист; пища, которую мы принимаем, должна быть чиста и обеззаражена. Поэтому и рот, через который проходит воздух и пища, должен быть чист.

В больном рту воздух и пища заражаются и в свою очередь заражают легкие, желудок, кишки и весь организм в тем большей степени, чем меньшей сопротивляемостью он обладает.

Рост зубоврачебных клиник во многих странах, признание необходимости школьной гигиены зубов правительством придает нам надежду и мужество еще раз подтвердить, что школьная гигиена зубов есть существенное вспомогательное средство для борьбы с инфекционными болезнями и особенно с туберкулезом.

Интернациональный комитет по общественной гигиене зубов работает под покровительством Его Величества Шведского короля Густава V. Германский же центральный комитет по школьной гигиене зубов был основан в Берлине в 1909 г. независимо от интернационального комитета.

Помогать нам в этих стремлениях должно быть в интересах всех правительственных и государственных учреждений уже по одним материальным соображениям, ибо с введением систематического ухода за зубами население станет здоровее и, следовательно, накопятся большие сбережения народного богатства.

Розалия Балобан

Сейчас, ввиду зарождения в России Национального комитета общественной гигиены зубов, мне кажется, назревает потребность в учреждении если не специального органа, то, по крайней мере, отдела по гигиене зубов и полости рта, в частности школьной, при одонтологических журналах.

Отдел этот, разумеется, должен быть посвящен научной разработке различных вопросов гигиены зубов, должен служить источником, откуда зубные врачи, проникнутые желанием посвятить свои силы осуществлению намеченных Национальным комитетом целей, будут черпать материал для пополнения своих пробелов в данной области, сознавая всю важность предстоящей работы, работы, требующей серьезной научной подготовки.

Зубной врач О.Г. Добришман. –Зубоврачебный вестник, 1913- № 4

На важность сохранения и укрепления зубного аппарата у детей школьного возраста указывает уже элементарная гигиена, не говоря о специальных трудах по этому вопросу. В последнее время установлен факт несомненной связи между умственным трудом и костоедой зубов.

О влиянии ротовой гигиены на умственное и физическое развитие детей говорят опыты, произведенные в одной школе в Cleveland'e (Marion's school) по указанию комитета ротовой гигиены.

Авторы опытов констатируют улучшение умственного развития детей в первый год опытов на 50%, а в последующем году на 99%.

Таблицы ученого Wallin'a показывают ход постепенного улучшения умственных способностей учащихся в зависимости от улучшения состояния зубов.

Одонтологическое Обозрение. N 3, 1913 г.

1. Женщина в зубоврачевании. Зубоврачебное сословие представляет собою известную общественную силу, но женщина в этой силе играла до сих пор роль атома, она стоит вне корпоративной жизни, а если и принимает в ней участие, то играет только пассивную роль. Значение женщины при настоящем положении зубоврачевания в России только количественное. Принимая во внимание, что зубоврачевание с каждым годом все больше и больше переходит в руки женщин, являются опасения, что русская зубоврачебная наука замрет, зубоврачевание застынет в кабинетах и частных лечебницах, а если иногда и будет оживляться, то благодаря только крохам, перепадающим с европейского стола. Опасения эти, по мнению авторов, напрасны; ожидаемая реформа зубоврачебного образования принесет громадную пользу. Более продолжительный срок обучения в зубоврачебных школах, расширение программ общих медицинских и специальных предметов, как теоретических, так и практических, даст более подготовленных к научным и научно-практическим работам зубных врачей-женщин.

«Зубоврачебный Вестник». 1913 г. N 5

8-го января сего года за N 23 Медицинский Совет разрешил к продаже новый препарат, предназначенный для дезинфекции и анестезии, применяемый в горловой и зубной практике: лепешки для сосания «Cocaformint-Kreps». Эти лепешки содержат: Cocain, MentolFormalin и, медленно растворяясь во рту, хорошо дезинфицируют как десны, так и все открытые полости в зубах, уничтожая плохой запах и не только чувствительность, но и боли. Не устраняя причину зубной боли, Cocaformint, конечно, дает временное облегчение. Cocaformint пригоден и для детей.

Луцкая И.К., Ковецкая Е.Е., Андреева В.А., Денисов Л.А.

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

История дентальной имплантологии насчитывает тысячелетия. Благодаря находкам археологов стало известно, что древние египтяне, греки, китайцы, арабы, индийцы применяли зубные имплантаты. Чаще всего в качестве имплантатов использовались зубы человека или животных. Древние инки и майя применяли зубные имплантаты из кварца и аметиста. Так, на территории современного Гондураса был найден фрагмент нижней челюсти инка (VI в. до н.э.), в котором на месте трех центральных зубов нижней челюсти сохранились имплантаты из панциря мидий. Американские индейцы помещали в лунку удаленного зуба камень, который

предварительно обрабатывали и придавали ему форму зуба. Галльские племена, населявшие территорию современной Франции, владели приемами вживления металлических зубных имплантатов. Это подтверждается тем, что в местечке Шантамбре (Франция) найден череп женщины, жившей в I в. н.э., с металлическим имплантатом в лунке клыка верхней челюсти.

В средние века имплантология не имела особого развития. Применялись попытки трансплантации зубов от одного человека другому. Чаще всего бедные люди отдавали свои зубы для того, чтобы пересадить их богатым. В средние века дантистов еще не было, и такие операции делали цирюльники.

Начало развития внутрикостной имплантации положил итальянский стоматолог Maggilio, который в 1808 г. сделал керамический зуб, поставленный на платиновый штифт и в 1809 г. использовал имплантат из золота. В последующие годы в качестве имплантатов использовались различные металлы, фарфор и золото. Однако оценить результаты научных исследований в имплантологии сложно, так как еще не были изучены «принципы антисептики» (Lister) и часто происходило отторжение имплантатов вследствие инфицирования.

В 1888 г. Berry разрабатывает принцип биосовместимости. В 1891 г. на IV Пироговском съезде был представлен доклад приват-доцента Н.Н.Знаменского «Имплантация искусственных зубов». В докладе ученый указывал, что для установки имплантата лучшим местом является не лунка удаленного зуба, а восстановившаяся кость. Материал, из которого изготовлен имплантат, не должен реагировать на физиологические процессы в кости. В соответствии с принципом биосовместимости начинается использование различных материалов для изготовления имплантата, изучаются свойства их инертности и толерантности. Учеными были выявлены уникальные свойства титана – инертность, легкость, устойчивость к коррозии.

Началом современного этапа развития имплантологии зубов приходится на 40-50-е годы XX в. В начале 40-х годов шведский стоматолог Н.Dahl изобрел имплантаты, опирающиеся на костную ткань альвеолярного отростка (поднадкостничный имплантат). В 1939г. M.Stock применил внутрикостный имплантат зуба из виталлиума. В 1946 г. J.Vrupo предложил «зубные стабилизаторы» - имплантаты, которые устанавливались в кость, проходя через корневой канал зуба (эндодонто-эндоссальный имплантат). В 1947 г. итальянский зубной врач M.Formig, а затем француз R.Chercheve применили внутрикостные импланты винтовой формы.

В 1952 г. шведский ученый I.Branemark сформулировал необходимые условия для успеха зубного протезирования с опорой на имплантаты – стерильность, чистота поверхности, атравматичность, геометрическое

равенство ложа и конструкции, что приводит к прочному сращиванию поверхности металла с костью, названному позже «остеоинтеграцией». В 1965 г. ученый предложил использовать в стоматологии имплантаты, состоящие из двух частей – внутрикостной и прикручиваемой к ней опоры для коронковой части – абатмента.

В 1964 г. I.A.Small разработал имплантат, представляющий пластину с ретенционными и чрезкожными штырями для атрофированной нижней челюсти. В это же время голландские хирурги H.Dasker и L.VanDijk предложили разборный вариант этой конструкции, назвав его трансмандибулярным имплантатом. В 1970 г. H.Roberts предложил еще одну конструкцию имплантата для атрофированной нижней челюсти, представляющий собой дугообразную пластину, которая имплантировалась в нижнюю челюсть в трех местах. В 80-е годы было предложено огромное количество конструкций имплантатов, большинство из которых являются модификацией системы двухэтапных винтовых имплантатов Branemark, которая широко применяется на практике.

Пионером имплантологии в России по праву называют первого доцента по зубопротезированию в Московском университете, доктора медицины Н.Н.Знаменского. Термины «имплантат», «имплантация», предложенные ученым, и в настоящее время подразумевают применение предметов определенной формы, изготовленных из небиологического материала, которые вводят в организм для выполнения каких-либо функций в течение длительного времени. Однако, разработки Н.Н.Знаменского в России не нашли широкого применения. Вплоть до 50-х годов XX в.в России об имплантации зубов упоминали эпизодически.

Начало нового развития имплантации зубов в России связано с научными работами Э.Я. Вареса. В своей диссертации ученый установил, что соединительная ткань врастает в отверстия целлоидиновой трубочки, превращаясь в соединительную ткань. В последующих работах Э.Я.Варес доказал, что соединительная ткань, вросшая в каналы, созданные в пластмассовом имплантате, может заменяться костной тканью.

В 1956г. вышла работа Г.Б. Брахмана, которая расширила возможности применения имплантации искусственных зубов. Безвредность сополимеров полиметилметакрилатов была доказана в работах Б.Н.Бынина, И.И.Ревзина, В.И.Вишневской, Л.М.Дыхно, Б.А.Шварца, В.В.Добринина, Н.С.Ломтевой, М.В.Мухина. В этом же году С.П.Мудрый обосновал двухмоментную (двухэтапную) методику внутрикостной имплантации конструкции из плексиглаза. 22 июня 1956 г. газета «Медицинский вестник» предсказала новую эру в стоматологии. Однако в декабре 1957 г. в той же газете появилась статья, в которой сообщалось, что Э.Я.Варес ввел в заблуждение медицинскую общественность страны, и нет никаких оснований для внедрения имплантации искусственных зубов в практику лечебных учреждений страны.

В 1958 году Министерство Здравоохранения СССР запретило применение имплантации в стоматологии. Запрет длился почти 30 лет. В 1984г., благодаря научным работам С.П.Чепулиса, О.Н.Сурова, К.И.Черникиса, имплантация в стоматологии была вновь разрешена.

Возрождение имплантологии связано с научными исследованиями В.В.Паникоровского, М.З.Миргазизова, Б.П.Маркова, В.Н.Олесовой и др. Основными направлениями деятельности ученых были создание новых материалов, изучение их биосовместимости, влияние введения имплантата на костную ткань и слизистую оболочку, разработка новых конструкций имплантатов (пористых, с биокерамическим покрытием), усовершенствование техники и инструментария.

В Республике Беларусь первые операции были проведены после того, как в 1986 году был опубликован приказ № 310 МЗ СССР о разрешении применения имплантатов в стоматологии. В 1987 году несколько групп врачей-стоматологов прошли обучение на базе Каунасской Медицинской Академии. Первый кабинет имплантологии был основан на базе 13 поликлиники г.Минска, где бригада врачей-стоматологов оказывала высоко квалифицированную помощь жителям Республики Беларусь. 20 апреля 1992г. состоялась Учредительная конференция Ассоциации специалистов стоматологической имплантации, в которой приняли участие белорусские ученые.

В настоящее время дентальная имплантация является общепризнанным методом лечения различных форм адентии и одним из перспективных направлений развития стоматологии.

Литература:

1. Параскевич В. Дентальная имплантация. Введение в специальность// Стоматологический журнал. – 2000.-№4.- С.8-10.

Маль Г.С., Кувшинова Ю.А.

МИХАИЛ ДАВЫДОВИЧ МАШКОВСКИЙ – ИМЯ ОВЕЯННОЕ ЛЕГЕНДОЙ. НАУЧНЫЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЛОГИИ

*ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»,
Курск, Россия*

Михаил Давыдович Машковский родился 1 марта (18 февраля по старому стилю) 1908 г. в городе Пинске. Его отец Давид Иоселевич Машковский был учителем в еврейской школе для мальчиков, мать Шифра Ефимовна вела домашнее хозяйство, занималась воспитанием детей. В семье Машковских их было пятеро – три сына и 2 дочери: старший сын Шабсай, за ним шли Роза, Рахиль, Яков и младший – Михаил. Детские и отроческие годы Михаила Давыдовича пришлись на тяжелый и трагич-

ный период Первой мировой войны, революции и Гражданской войны. В 19 лет Машковский смог приехать в Москву, после того, как старший брат, Шабсай, получил разрешение на выезд родных из Польши в РСФСР. Здесь, в Москве, Михаил Давыдович стал задумываться о том, какое поприще выбрать и чем зарабатывать на жизнь. Проявляя с детства склонность к технике, сам Михаил подумывал о поступлении в технический вуз. Но 2 января 1928 г. он был принят в лабораторию по ремонту оборудования при 2-м Московском государственном медицинском институте на должность препаратора – механика и эта работа стала судьбоносной в жизни Машковского. А уже в 1929 г. М.Д. Машковский поступает на лечебно-профилактический факультет 2-го Московского государственного медицинского института (МГМИ).

Первый этап работы Михаила Давыдовича в отделе фармакологии ВНИХФИ под руководством И.В. Скворцова много дал молодому ученому как в области научной деятельности, так и в формировании широкого взгляда на фармакологию.

После окончания 2-го МГМИ, получал диплом врача, в июле 1934 г. Машковский был призван на действительную военную службу и для её прохождения был направлен в Научно-исследовательский испытательный санитарный институт РККА (НИИСИ). Во время службы занимался вопросами военной токсикологии и санитарно-технической защиты.

К сроку завершения действительной военной службы Михаил Давыдович получил воинское звание – военный врач второго ранга и был отправлен в запас.

В период войны, на фронте, он всегда находил время для занятия фармакологией. Эти занятия не носили экспериментального характера. За период за 1941-1945 гг. Машковский подготовил и опубликовал 25 статей в журналах. В 1946 г. он демобилизовался и вернулся на работу в отдел фармакологии ВНИХФИ. Именно во ВНИХФИ произошло формирование Михаила Давыдовича как специалиста по поиску и созданию новых лекарственных средств, здесь раскрылся его талант как ученого. Но именно война и военная служба наложила отпечаток на его личность и научную деятельность. Прежде всего это, конечно, масштабность и глубина мышления, государственный подход к решению научных проблем, связанных с обеспечением здравоохранения наиболее важными лекарственными препаратами.

К периоду конца 40-х началу 50-х гг. прошлого столетия относятся широкие исследования, направленные на разработку и внедрение новых, прежде всего синтетических, лекарственных препаратов, благодаря этим исследованиям в нашей стране появились препараты, без которых трудно представить себе практическое здравоохранение. И все это при участии Михаила Давыдовича.

М.Д. Машковский всегда уделял много внимания работе с научной литературой. Благодаря этому, а также способности к глубокому анализу и теоритическим обобщениям, значительному личному опыту фармаколога-экспериментатора еще в 60-70-е гг. минувшего века начал разрабатывать такие направления и проблемы фармакологии, как биохимическая фармакология, фармакологическая рецепция, фармакокинетика.

Конечно, личные качества Михаила Давыдовича, глубокий ум, энциклопедические знания и талант исследователя, твердый характер, организаторские способности и поразительная работоспособность были важными составляющими выдающихся достижений в создании оригинальных отечественных лекарственных препаратов, осуществленных во ВНИХФИ под его руководством и при его непосредственном участии.

Академик М.Д. Машковский относился к тому редкому типу людей, которые способны формировать ценности. Еще не одно поколение врачей и пациентов будет пользоваться результатами его трудов, а ученики и коллеги-фармакологи навсегда сохранят память об этом выдающемся ученом и человеке.

Литература:

1. Шварц, Г.Я. Академик М.Д. Машковский / Шварц Г.Я. авт. очерка, сост. - М., Анахарсис, 2008. – 144 с.
2. Крылов, Ю.Ф. Жизнь как подвиг / Ю.Ф. Крылов // Вестник Росздрава. – 2008. - № 2. – С. 80-82.
3. Люди нашего тысячелетия. Медицина. – М., «Новая линия», 2008. – 192 с.

Мамайко Д.М.

КРАТКИЙ ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

УЗ «5 ГКБ» Минск, Беларусь

Интерес к операции наложения акушерских щипцов, несмотря на смену эпох и направлений в акушерстве, не ослабевает до нашего времени, что еще раз подчеркивает роль этого инструмента в практическом акушерстве. Но, как известно, чем значительнее изобретение, тем большая интрига кроется в истории его открытия.

История изобретения акушерских щипцов представляет одну из самых запутанных страниц истории акушерства, когда ученые-изобретатели сделали из своего великого открытия предмет наживы.

Изобретение акушерских щипцов сегодня мы относим к 1723 г., когда голландский ученый Пальфин представил Парижской академии инструмент, состоящий из двух прямых неперекрещивающихся ложек, которые соединялись посредством цепочки. Но уже более совершенными акушерскими щипцами обладала семья Чемберлен, члены которой на протяжении 150 лет пользовались ими как секретным и очень дорогим

инструментом родоразрешения. Еще в 1580г. Гильом Чемберлен изобрел инструмент, способный "удлинить руки акушера" - акушерские щипцы. Технике наложения акушерских щипцов он обучил сына Питера Чемберлена Старшего, который в дальнейшем стал придворным хирургом английской королевы. Неоднократно его пытались обвинить в незаконной врачебной деятельности, за что полагалось тюремное заключение. И только благодаря личному вмешательству королевы, которая уже имела возможность оценить действенность секретного изобретения, он оставался на свободе.

Помимо приближенных королевского двора услугами Чемберлена, за немалую плату, мог воспользоваться каждый. Он стал необычайно популярен как акушер и пускался на серьезные ухищрения, чтобы сохранить секрет инструмента. Когда он прибывал в дом к роженице, то вместе с собой доставлял и огромный деревянный ящик, в котором, якобы, и находилось "секретное изобретение". Роженице завязывали глаза, а родственники дожидались результата в другой комнате. Родственники слышали странные звуки работающего механизма, всевозможные звоночки и удары, пока не раздавался, наконец, крик младенца. Стальные части щипцов были обернуты кожей, чтобы по звуку никто не мог догадаться о материале, из которого они были выполнены. Вплоть до самой смерти Питер Чемберлен Старший хранил свой секрет, спасая рожениц в тех случаях, в которых у других акушеров они неминуемо погибали. В 1815 г. в Вудхаме (графство Эссекс), в доме, принадлежавшем Чемберленам, нашли потайное помещение, а в нем – письма доктора Чемберлена и акушерские щипцы.

После его смерти секрет акушерских щипцов был унаследован сначала младшим братом первооткрывателя, а затем племянником Питером Чемберленом Младшим, который первым в семье получил диплом врача. Он был не только популярным акушером, но и известным предпринимателем. И когда дела в бизнесе пошли на спад, он отправился в августе 1670г. в Париж, чтобы продать за 10000 талеров свой фамильный секрет личному врачу короля Франции, но сделка не состоялась. Ему предложили продемонстрировать свой инструмент на роженице, как потом уже стало известно, с узким тазом. Питер Младший работал три часа, но так и не смог родоразрешить женщину. Она умерла спустя сутки после этого и, как показало вскрытие, имела много разрывов матки, произошедших от инструментов Чемберлена. После этого неудачного опыта не могло уже быть речи о продаже секрета. Он вернулся в Париж, продолжал акушерскую практику и лишь спустя 20 лет решился продать секрет за небольшие деньги медико-фармацевтической коллегии в Амстердаме. Но и здесь акушерские щипцы не получили общей врачебной доступности. В истории медицины альтруизм и гуманность часто соседствовали с жадностью и корыстью. Секретный инструмент приходилось покупать за громадные

деньги у членов коллегии, причем оказалось, что Питер Младший ввел последних в обман, продав только одну ложку щипцов.

К счастью, в 1723г. голландец Пальфин повторно изобрел акушерские щипцы, после чего акушеры всего мира стали улучшать конструкцию щипцов, появились их различные модели.

Впервые в России акушерские щипцы были использованы в 1765 г. в Москве профессором Московского университета И.Ф. Эразмусом, который приехал из Страсбурга. С конца XVIII в. и до середины XX в. щипцы стали одной из наиболее распространенных акушерских операций. По мере того, как в акушерскую практику успешно вошла операция кесарево сечение, доля акушерских щипцов значительно сократилась.

Основоположнику русского научного акушерства Нестору Максимовичу-Амбодику (1744–1812 гг.) неотъемлемо принадлежит заслуга внедрения этой операции в повседневную практику. По его чертежам изготовили первые в России модели акушерских щипцов. Во время работы он не только широко применял акушерские щипцы, но и читая лекции на русском языке для врачей акушеров, Амбодик сопровождал их показом на муляже и у постели рожениц. Муляж, воспроизводящий размеры и форму женского таза, деревянный младенец, стальные щипцы («клещи») и серебряный катетер были выполнены инструментальным мастером Василием Коженковым по эскизам самого Максимовича-Амбодика. Изогнутые и прямые, с деревянными рукоятками щипцы знаменитого акушера использовались поколениями русских врачей. Свой личный опыт, изображения инструментария с подробным описанием его использования, а также теорию акушерства и мысли о его месте в отечественной науке он изложил в книге «Искусство повивания, или Наука о бабичьем деле». Этот фундаментальный труд стал первым истинно российским руководством по акушерству и педиатрии. По примеру Максимовича-Амбодика многие русские акушеры занялись конструированием «клещей». Широкая практика их применения значительно снизила смертность как рожениц, так и младенцев.

Со временем в различных странах мира было создано множество моделей акушерских щипцов, на сегодняшний день их существует более 600. Наиболее употребляемыми в начале XIX века являлись: во Франции щипцы Левре, в Англии – щипцы Смелли и Симпсона, в Германии – щипцы Негеле, в России – щипцы Негеле и Симпсона.

Только хорошо зная историю, мы в полной мере можем оценить настоящее. Акушерские щипцы, как инструмент родовспоможения, выдержал «шлифовку столетиями», и с рядом модификаций и исправлений продолжает служить акушерству.

Маргунская В.А.
ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ХИРУРГИИ БГМУ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Беларусь*

Знаменательными для белорусской стоматологии являются 2012-2014 гг. В 2012 году исполнилось 85 лет отечественной челюстно-лицевой хирургии; а в 2014 году исполняется 50 лет кафедре челюстно-лицевой хирургии БГМУ. В связи с этими датами исторические аспекты приобретают особое значение.

Целью нашей работы явилось изучение начальных этапов становления и развития стоматологического высшего образования в республике, предшествующих созданию кафедры челюстно-лицевой хирургии БГМУ.

Начало белорусской стоматологии и челюстно-лицевой хирургии было заложено в 1926 году, когда на медицинском факультете БГУ был организован курс одонтологии, преобразованный в 1927 г. в кафедру стоматологии и одонтологии (1). Для руководства кафедрой из Москвы был приглашен доцент И.М.Старобинский. Уроженец города Гомеля получил стоматологическое образование на медицинском факультете 1-го Московского университета. С 1922 по 1927 г. занимался челюстно-лицевой хирургией в различных клиниках Москвы. Имел опыт педагогической работы. Одним из первых преподавателей кафедры стал выпускник медицинского факультета БГУ 1926 г., ранее зубной врач, Ю.К.Метлицкий. Вся его дальнейшая деятельность была связана с организацией учебного процесса и становления стоматологической хирургической помощи в Республике. С 1930 года по 1941 год Ю.К.Метлицкий руководил кафедрой, затем курсом стоматологии; был директором института одонтологии и стоматологической клиники.

Созданная в 1927 г. кафедра стоматологии и одонтологии получила клиническую базу. Это были кабинеты амбулатории и койки в хирургическом отделении I-ой Советской больницы (в настоящее время - 3 ГКБ). С 1931 по 1941 гг., после открытия I-го клинического городка по ул.Подлесной (П.Бровки), была организована стоматологическая клиника со своим стационаром на 15, затем - 30 коек. В 1940 году был организован стоматологический институт, работа которого была прервана ВОВ. Медицинский институт возобновил свою работу в 1943 г. в Ярославле. Доцент Ю.К.Метлицкий снова возглавил курс стоматологии, входящий в состав кафедры госпитальной хирургии. После возвращения МГМИ в Минск, с 1944 г. базой курса стоматологии стало стоматологическое отделение 3 ГКБ (2). На протяжении многих лет сотрудники курса стоматологии работали в одном коллективе с известными учеными кафедры госпитальной хирургии И.М. Стельмашонком, А.И. Михельсоном, М.Н.

Шапиро, В.М. Прохоровым, Р.М. Мининой, А.А. Грейманом. Такое сотрудничество благоприятно сказывалось на формировании научных идей, разработку и внедрение современных хирургических методов в челюстно-лицевой хирургии.

В декабре 1962 г. курс стоматологии был преобразован в самостоятельную кафедру стоматологии, которой заведовал доцент Ю.К. Метлицкий. В штатном расписании кафедры на 1963 г. были следующие сотрудники: доцент Ю.К. Метлицкий, доцент Т.В. Фокина, ассистенты И.Д. Тесевич, Е.М. Ивус, Л.С. Величко, И.К. Королева, З.С. Руцкая, С.О. Левина, А.С. Евмененко (3). В 1964 г. кафедра стоматологии была разделена на две кафедры – кафедру хирургической стоматологии и кафедру терапевтической и ортопедической стоматологии. Сотрудниками кафедры хирургической стоматологии стали ассистенты А.Н. Василенко, Е.М. Ивус, И.К. Королева, С.О. Левина, В.А. Соколова. Заведующей кафедрой была назначена доцент Т.В. Фокина (4). Преподаватели первого состава кафедры внесли огромный вклад в становление учебного и научно-исследовательского процесса. Проводилась большая лечебно-консультативная работа. Были освоены и внедрены в практику не только классические, но и оригинальные методы лечения хирургической патологии (пластика дефектов пищевода Филатовским стеблем; операции перевязки сосудов шеи с регионарной химиотерапией). Под руководством Т.В. Фокиной было организовано оказание хирургической помощи детям с врожденными дефектами губы в первые двое суток жизни.

Огромное значение для кафедры имело создание в 1977 г. новой стоматологической клиники на базе 9 ГКБ. С 1980 по 2007 г. кафедрой хирургической стоматологии руководил выдающийся ученый и высококвалифицированный челюстно-лицевой хирург профессор О.П. Чудаков. В эти годы кафедра стала известной не только в Республике, но и за ее пределами. В 1991 г. кафедра хирургической стоматологии была переименована в кафедру челюстно-лицевой хирургии. В настоящее время коллектив кафедры под руководством доктора медицинских наук А.С. Ластовки продолжает традиции заложенные основоположниками Белорусской школы челюстно-лицевой хирургии.

Литература

1. Метлицкий, Ю.К. О реформе зубоврачебного и стоматологического образования. / Ю.К. Метлицкий. // Стоматология. - 1946. - № 4. - С. 62.
2. Шишко, Е.И. Развитие и деятельность Минского государственного медицинского института (1921-1971 гг.) / Е.И. Шишко. - Минск: Беларусь, 1971. - 176 с.
3. Национальный архив Республики Беларусь. Фонд 45. - Оп. 5. - Д. 368.
4. Национальный архив Республики Беларусь. Фонд 45. - Оп. 5. - Д. 422.

ИСТОРИЯ АПТЕЧНОГО ДЕЛА НЕСВИЖСКОГО РАЙОНА

РУП «Минская Фармация», Минск, Беларусь

Несвиж - один из древних культурных центров Беларуси. Город имеет богатую историю, связанную с родом Радзивиллов. С 1586 г. Несвиж – центр ординации Радзивиллов.

Первый несвижский ординат – Николай Христофор Радзивилл Сиротка – достаточно хорошо разбирался в медицине, поскольку изучал ее среди прочих наук в Лейпцигском университете (1549-1616 годы жизни). Вместе с костелами он строил и госпитали. Свой госпиталь с аптекой имелся и в предместье Несвижа – Альбе. Со времен Сиротки при дворе князей Радзивиллов появилась, так называемая домашняя аптека. Все материалы для нее оплачивались из княжеской казны. Некоторые лекарства привозили из Крулевца(ныне г. Калининград) и Гданьска. В соответствии с подсчетом, который придворный аптекарь ежегодно предоставлял князю, ему платили в год 616 золотых и 20 копеек [1].

В период Речи Посполитой медицинскую помощь в Несвиже можно было получить и непосредственно при монастырях, в городе были представлены фактически все европейские монашеские ордена – иезуиты, доминиканцы, бернардинцы, бенедиктинцы и др. При монастыре всегда имелся лекарь, который лечил как монахов, так и тех, кто приходил на молитву. Помощь оказывалась бесплатно.

Первая же официальная аптека была открыта при третьем несвижском ординате Альберте Владиславе Радзивилле в иезуитском коллегиуме. Есть предположения, что ее открытие в 1627 г. ускорила повышенная смертность горожан во время эпидемии в 1625 г. Рядом с аптекой находились еще три помещения – жилье аптекаря и две лаборатории [1].

Большинство препаратов готовилось подогреванием на свободном огне лекарственных растений, помещенных в наполненную водой реторту, и собиранием осажденных продуктов дистилляции. В одном из рукописных рецептурных справочников несвижской аптеки (18 в.) приведен чертёж перегонного куба. При изготовлении лекарств провизоры пользовались рукописными сборниками рецептов. В фонде Радзивилов было два таких сборника. Первый состоит из двух частей (прописей 1600 и 1640 годов), написан одним почерком на латинском языке, содержит 539 рецептов лекарств с количественным перечислением составных частей. Второй относится к 17 веку и содержит более 700 рецептов также на латинском языке[2].

Основная часть лекарственных компонентов была растительного происхождения. Травы выращивались на специальных, так называемых аптекарских огородах и собирались на окрестных лугах. При Франтишке Уршуле Радзивилл на окраинных лугах по ее приказу собирали лекар-

ственные травы в несвижскую аптеку: «мак на сон добрый, полынь с майораном от сердечной боли, гвоздику с тюльпанами, которые горячку лечат, руту, божье дерево, мяту, дающие выздоровление тем, кого боль желудка мучает» [1].

Вместе с заготовленными травами и корнями больным предлагали и такое чудодейственное средство от всех болезней, как Териак Митридата, который состоял по данным рукописного сборника прописей 18 века из несвижской аптеки Радзивиллов из 70 частей. Для бедняков был создан специальный суррогат этого лекарства. Его так и называли – «териак для бедных», он содержал всего три ингредиента [2]. Всегда была в продаже в аптеке и так называемая «зельтерская вода», к которой был очень неравнодушен князь Михаил Радзивилл Рыбонька: «начал счастливо пить зельтерскую и недельную курацию (лечение), ибо сильно пошатнулось здоровье» [1].

До конца 18 века в аптеках изготавливали не только лекарства, но и парфюмерные, кондитерские и алкогольные изделия, продавали и восточные ароматические вещества (шафран, перец, имбирь и корицу). На это указывают реестры медикаментов, взятых для князей Радзивиллов из несвижской аптеки за 1745-1753 годы [2].

После второго раздела Речи Посполитой (1793) Несвиж вошел в состав Российской империи в качестве заштатного города Слуцкого уезда Минской губернии.

Пока не установлена дата открытия первой вольной аптеки в Несвиже. В кабинете истории фармации РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ» имеются документы, свидетельствующие о функционировании еще в 1816 г. частной аптеки полковницы Шевцовой в Несвиже. Арендовал и управлял аптекой Давид Раушнинг, а с июля 1817 года – провизор Леопольд Горват. Аптека обеспечивала медикаментами не только местных жителей, но и по указанию врачебной управы Минского губернского правления производила отпуск расположенным в Несвиже военным формированиям русской армии.

В конце 1830 г. в Несвиже действовало две аптеки: провизора Франца Данилевича (он же управляющий) и помещика Булгака (в 1839 г. была закрыта из-за отсутствия провизора). После смерти провизора Данилевича владельцем аптеки была его жена, а арендатором и управляющим провизор Петр Календа (1866)[3].

В последующие годы (1890 – 1900) содержал аптеку Д.Д. Шевченко, арендовал провизор З.А. Хростицкий, а управляли аптекой провизоры – Глинский, Ромашко, Шварц, в период с 1901 по 1915 гг. владела аптекой вдова коллежского советника Е.И. Царенко, а арендовали и управляли провизоры Авиновицкий, Донбровский, Желендовский и др. В аптеке постоянно находились на службе аптекарские ученики поскольку аптека от-

носились к категории «нормальная» (т.е. с правом изготовления лекарств) [3, 4].

Несвижская аптека находилась в числе крупных аптек Минской губернии после аптек Минска, Пинска, Бобруйска, Борисова и Слуцка. Для сведения, за ноябрь- декабрь 1889 г. в аптеку поступило 4061 рецепт, реализовано изготовленных по ним лекарств на сумму 2263 руб., а по ручной продаже 304 руб.

Город развивался, увеличилась и численность населения. В 1914 г. насчитывалось 10 тыс. коренного населения (в 1899 году более 8 тыс.). На постоянной основе здесь находились военные формирования. Частной практикой занимались четыре врача (в т.ч. один ветеринарный), действовали одна вольная аптека и три аптекарских магазина.

Многие желали открыть вторую аптеку в г. Несвиже (Авиновицкий, 1899 г., Варватиг, 1914 г. и др.), но им было отказано, так как по действующему законодательству на каждую аптеку должно было приходиться не менее 7 тыс. человек. Да и владелец вольной аптеки Царенко возражала против открытия второй аптеки, т.к. финансовое положение ее аптеки уже подрывали аптекарские магазины [3].

Владельцы и управляющие несвижской аптекой стремились, чтобы она соответствовала лучшим европейским образцам. В оформлении интерьера аптеки использовалась керамическая плитка с изображением различных растений и животных. Аптека имела хорошую мебель, посуду и оборудование. Большинство аптечной посуды изготавливалось на Сверженской фарфоровой мануфактуре, а стеклянной на местных заводах, в том числе князей Радзивиллов в м. Налибоки (ныне д. Столбцовского района), м. Уречье (д. Любанского района Минской области). В фондах НГИКЗ «Несвиж» имеется коллекция стеклянной аптечной посуды конец 19 - начало 20 века.

Аптеки были не только в Несвиже, но и в округе, в сельской местности. Валентин Катаев в своей книге «Почти дневник» вспоминает, что когда он подъезжал к Несвижу, стали «попадаться зажиточные сёла - выбеленные заборы, лавочки, вывески аптек...»[1].

В 1883 – 1884 гг. открыта аптека в м. Городея, в 1895 г. в м. Снов.

В межвоенный период (1921 – 1939) Несвиж являлся центром повета Новогрудского воеводства. В самом Несвиже находилась аптека в частной собственности сестер Анишик. Налог с аптекаря до 1939 г. составлял 80 злотых. Работали там люди, имеющие фармацевтическое образование (брат и сестра Батуры)[1].

В 1923 г. в Несвижском повете действовали еще 5 аптек: две нормальные (Клецк, Мир) и три сельские (Городея, Синявка и Снов) [5].

После вхождения территории повета в состав Белорусской ССР в 1940 году проведена национализация аптечных предприятий.

Во время Великой Отечественной войны, как свидетельствует «Акт комиссии по расследованию преступлений немецко-фашистских захватчиков и их соучастников, совершенных в Несвижском районе» от 4 февраля 1945 г., «здания лечебно-профилактических учреждений, как аптека, детская консультация, поликлиника, немцами были приспособлены под склады и при отступлении были сожжены. Кроме этого уничтожены и сожжены... 3 аптеки, аптечный склад и ряд других». После войны аптека в г. Несвиже восстановлена в соседнем здании рядом с центральной площадью, открыты аптеки в д. Лань, д. Сейловичи, аптечный киоск в г. п. Городея.

В настоящее время аптечная сеть Несвижского района представлена 10 аптеками, в том числе 4 аптеками негосударственной формы собственности.

Литература

1. Тіхонко, І.В. 3 гісторыі аптэк у Нясвіжы / І.В. Тіхонко // Нясвіжскія навіны. – 2003. – 20 студ. – С. 7.
2. Грицкевич, В.П. С факелом Гиппократ / В.П. Грицкевич. – Минск: Наука и техника, 1987. – С. 63 - 68 .
3. ГУ «Национальный исторический архив Беларуси». – Ф. 134. – Оп. 1. – Д. 257. – Л. 4 – 211.
4. Памятная книжка Минской губернии на 1916 год. – С. 58.
5. Сосонкина В.Ф. Состояние и развитие фармацевтического дела в Западной Беларуси в межвоенный период (1919 – 1939 гг.) / В.Ф. Сосонкина // Вестник фармации. – 2012. - № 3. – С. 89, 96.

Матвейчик Т.В., Пецевич-Щенсна Г.Е.

ВРАЧЕВАНИЕ МИЛОСЕРДИЕМ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Люблинский медицинский университет, Люблин, Польша

Беспощадная война требует неисчислимых жертв раненых воинов и мирного населения. Начавшаяся в 1914г. Первая мировая война «по своей кровопролитности и продолжительности превзошла все войны XIX столетия, вместе взятые» [1].

Напряженный труд военных и гражданских ведомств осуществляли сообща врачи и медицинские сестры. Одной из множества задач была подготовка «умелого женского персонала для нужд военного времени» [7]. Армии требовались руки многих помощников, которые могли бы осуществлять и попечение о бедных гражданских лицах, и утешить скорбящих, и привести на путь истинный тех людей, которые предались поро-

кам, и воспитывать беспризорных детей и исправлять их дурные наклонности, однако все эти цели во время войны отошли на второй план.

К началу Первой мировой войны существовали десятки общин милосердия, самой крупной из которых была имени святого Георгия с 1603 сестрами, несколько меньше было людей в общинах им. М.П. фон Кауфмана, святой Евгении, Александринской, Павловской, Марфо - Мариинской обителях. Эти сестры (17436, по данным 1916г.) прилежно трудились в полевых учреждениях Красного Креста и в тылу.

Милосердие, которое предоставляли врачи и сестры – это готовность помочь кому-либо или простить кого-нибудь из сострадания, человеколюбия. По мысли Святителя Тихона Задонского, «...милосердие есть выражение любви, оно одно ходатайствует пред Богом и просит у него милости для благодетеля. Богу бывает любезнее не тот человек, который упражняется только в молитве, но тот, кто приобрел в своем сердце и милосердие, потому что молитва без милостыни – как глас вопиющего в пустыне, или дерево без плодов». Служение сестёр милосердия наполнено миссионерским духовным содержанием их ратных трудов [2].

Известно, что вера людей в Бога способствует, при достойной организации и выполнении определенных условий, облегчению состояния человека перед порогом смерти, поэтому одним из компонентов взаимоотношений раненых бойцов и сестер милосердия становится духовная составляющая. Особенно важным это было для тех, кто ограничен в правах и свободе передвижения, т.е. инвалидов. Отношение сестер милосердия к воинам было особенным, обостренным боевой обстановкой.

Если в мирное время «Болезнь – один из самых серьезных кризисов, «потому что она ставит человека перед лицом целого ряда новых переживаний и ощущений: болезнь говорит о том, что он смертный, а значит, не имеет над собой власти» (Антоний Сурожский). Во время войны это может стать экзистенциальной встречей с самим собой. В этот период раненые бойцы могут открыть свои глубинные болевые структуры, что может само по себе приносить облегчение, а порой может служить исцелением от ран.

Страдания и боль на войне приводит бойцов ко встрече с сестрой милосердия. Эта встреча становилась полноценной, если сестра услышит раненого, его «внутренний голос», его переживания, если сумеет увидеть собеседника. Тогда медик и пациент вступают в диалог и могут стать партнерами в борьбе с болью. Отвергаясь от своих стереотипов, авторитета, взглядов на лечение, сестра сумеет услышать запросы бойца на оказание (или не оказание) помощи, в которую он верит.

Начало диалога – желание быть выслушанным. Это на войне не просто потребность выговориться, разрядиться, но и еще желание быть услышанным. По этому поводу митрополит Антоний Сурожский писал: «Надо очень осторожно, мудро и смиренно подходить к больному челове-

ку. Это надо делать так, чтобы больной знал, что вы пришли на неограниченное время, вы не спешите, вы совершенно присутствуете. Больной не должен чувствовать, что мы только и ждем момента, когда сможем уйти. Мы знаем, как выглядит посещение, если человек присаживается, и по его лицу явно, что у него десять минут времени. Так часто мы озираемся вокруг, смотрим по сторонам, и человек, которого мы будто бы пришли навестить, чувствует, что на самом деле мы не с ним. Физически – мы тут, но мысли разбегаются, мы думаем о своих планах, проблемах.

Если вы кого-то посещаете, пусть будет ясно, что время, каким вы располагаете – пусть пять минут – принадлежит ему безраздельно, что в эти минуты ваши мысли не будут заняты ничем другим, что нет человека более значительного, чем тот, с кем вы находитесь».

Целостное восприятие человека в неразрывном единстве душевных, духовных и телесных составляющих, бережное и уважительное отношение к душе человека раскрывается в жизни и творчестве многих святых подвижников-медиков. Проявились эти качества и в ратных трудах сестер милосердия. Они сумели увидеть в каждом человеке страдающее Божье создание, нуждающееся в его помощи.

«Ты хочешь, чтобы тебе оказали милость? Окажи милость своему ближнему», руководствовались они словами Иоанна Златоуста.

Патриотический подъем, наблюдаемый в период мобилизации населения в начальный период Первой мировой войны не смог обеспечить потребности армии. Врачебного и сестринского персонала крайне не хватало. Дефицит врачей составлял более 3 тыс. человек, аналогичная ситуация была и с медицинскими сестрами. Для восполнения недостатка в сестрах существовал резерв в виде многочисленных общин сестер милосердия, входящих в состав Российского общества Красного Креста с практическим опытом организации учебы и работы более чем полстолетия.

Первой базой для подготовки специалистов по сестринскому делу была в 1844г. община сестер милосердия, организованная Великой княгиней Александрой Николаевной и названная с 1873г. Свято-Троицкой.

Первый выпуск сестер милосердия состоялся в 1841г. В предвоенные годы число общин постепенно увеличивалось: так, в 1853г. Великой княгиней Александрой Петровной была учреждена Покровская община на 20 коек для взрослых и 30 педиатрических коек, в 1866г. княгиней Н.Б. Шаховской организована община «Утоли мои печали» с сиротским приютом для девочек, больницей и амбулаторией. Типичным было вхождение в структуру общин сестер милосердия больниц или амбулаторий для неимущих, богаделен для неизлечимых больных, приютов для сирот. В общину вступали женщины разного социального происхождения в возрасте 18-40 лет, финансирование было комплексным (государственные субсидии, пожертвования частных лиц, доходы от лечебной практики)[4-5].

В каждой общине было подразделение по профессиональному обучению в течение 4 лет в 2 этапа. В гимназический (подготовительный) период сестры получали общие знания по основным предметам: математике, истории, языкам. В медицинский (специальный) период проходили обучение анатомии, физиологии, клиническим дисциплинам, малой хирургии, дежурной, уходу за пациентами. Преподаватели были профессионалами обучения, в Никольской общине г. Москва руководителем первых курсов был врач-гуманист Ф.П. Гааз, эпидемиолог Е.И. Марединов, психиатр М.Ю. Лахтин, что позволяло учить качественно и с увеличением числа обучающихся: в 1888г. было обучено 583 чел., в 1900г. – 3600 чел. [6].

Понимание неоднородности и неравномерности боевых потерь в разные периоды военных действий, как одна из особенностей, влияющих на средний уровень боевых потерь, в Первую мировую войну приходило к военным медикам не только опытным путем, но и благодаря анализу опыта военных действий в прошлом. Например, в первый период Отечественной войны 1812г. в боях под Малоярославцем (28 июня-25 октября 1812г.) потери ранеными и контуженными составили 34708 чел., из них в Бородинскую битву, длившуюся более 2-х суток, пришлось 19339 чел, т.е. более половины. За время русско-японской войны от сражения под Тюронченом до Портсмутского мирного договора, боевые санитарные потери составляли 146519 чел, из них на реке Жахэ (7 суток) – 30014 чел.(21%).

Комплексное оказание помощи позволяло заниматься и социально-педагогической поддержкой и реабилитацией воинов-инвалидов, выдачей денежных пособий, направлений на бесплатное курортное лечение, снабжение инвалидов протезами, костылями, очками, обеспечение бесплатной медицинской помощью в лечебных заведениях [3].

В 1914г. это стало значительным подспорьем в формировании оказания помощи раненым, в 1916г. на фронт было отправлено 17436 чел., которые трудились в 2 тыс. полевых и тыловых учреждениях Красного Креста (госпитали, санитарные поезда, дезинфекционные подразделения, рентгеновские и летучие хирургические отряды, бактериологические станции). Сестры на фронте теряли жизни и здоровье наравне с бойцами. В 1916г. 28 сестер заразилось и умерло от инфекционных заболеваний. 5 убито, 4 погибло от несчастных случаев. Санитарные потери составили среди мирных медиков 0,21%.

Слова: «Сестры милосердия, Ваши геройские души пережили Ваши маленькие, слабые тела», сказаны были о кавалере ордена Св. Георгия IV степени Ж.Г. Ивановой, но могут быть отнесены ко всем сестрам-участницам Первой мировой войны, которые своим милосердием, кротостью, смирением и необычайной внутренней силой помогли тысячам раненых в боях за Отечество.

Литература

1. Будко А.А. История военной медицины России. XIX - начало XX в. /А.А. Будко, И.Ю. Быков, Е.Ф. Селиванов [и др.]. – М.: Воениздат, 2008. - Т.3. - 559с.
2. Грибанов Э.Д. Женщина со светильником (к 175-летию со дня рождения Флоренс Найтингейл) //Медицинская помощь.-1995.-№3.-С.52.
3. Крючок Г.Р. Очерки истории медицины Белоруссии /Г.Р. Крючок. – Минск: Беларусь, 1096. -259с.
4. Мирский М.Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006) /М.Б. Мирский, Е.М. Тищенко, Н.Е. Хильмончик. - Гродно: ГрГМУ.2007.-160с.
5. Тищенко Е.М. История медицины в 20 веке /Е.М. Тищенко. - Гродно: ГрГМУ.2002.-444с.
6. Нургалиева Е.Ю. Общины сестер милосердия в период Первой мировой войны (1914-1918). /Медицинская сестра. -2014. –№1. –С.54-55
7. Устав состоящего под покровительством Ея Императорского Величества государыни императрицы Общества о раненых и больных воинах. - СПб, 1873 г.

Михалюк С.Ф.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ БЕЛОРУССИИ В НАЧАЛЕ XX ВЕКА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Основываясь на изучении исторического опыта развития медицинской помощи организаторами здравоохранения разрабатываются оптимальные пути организационных форм лечебно-профилактической помощи сельскому населению, которые по-прежнему остаются актуальными. Нами проведен краткий обзор организации медико-санитарного обеспечения сельского населения на рубеже XX века.

В предреволюционные годы и в годы первой русской революции (1905-1907) отмечалось расширение сети медицинских учреждений на селе. В Минской губернии за 1903-1906 годы число врачебных участков увеличилось вдвое (с 18 до 36), а в Могилевской - с 26 до 36 [6].

С введением в 1911 году выборных земств во всех пяти белорусских губерниях возросло число медицинских учреждений. Средний радиус сельских врачебных участков составил по Витебской губернии до 14,7 версты, по Гродненской - до 18,6, по Минской - до 20,6 и по Виленской - до 23,6. Вместе с тем, имелись участки, в которых до больницы насчитывалось до 60- 80, а иногда и больше верст. На одного врача в среднем приходилось: в Виленской губернии - 19700 жителей, в Гродненской - 19000, в Минской - 25300, в Витебской - 26300, в Могилевской - 32900. Губернские больницы были малодоступны для крестьян, а уездные пред-

ставляли небольшие стационары на 30-40 коек, без специализированной помощи, вследствие чего около 90% больных получали только фельдшерскую помощь [4].

Таким образом, в дореволюционный период сформировалась четкая система организации медико-санитарного обеспечения сельского населения по месту жительства – сельский врачебный участок в составе фельдшерских пунктов, приемных покоев, сельских больниц. В соответствии с современными представлениями - это первый этап ПМСП на селе.

Дальнейшее развитие и поддержку сложившаяся система медико-санитарной помощи на селе получила в годы Советской власти. Были четко сформулированы задачи учреждений сельского здравоохранения на первом этапе. Далее были определены подходы к обеспечению медицинской помощью сельских жителей в районных (второй этап) и областных (третий этап) учреждениях здравоохранения [3].

В начале 20-х годов восстановление и закладка новых основ в здравоохранении республики происходила в сложных условиях политического, хозяйственно-экономического и санитарного положения БССР. В этот период в условиях новой экономической политики осуществлялась практика отнесения ряда расходов на местный бюджет, в том числе и учреждений здравоохранения. Маломощные местные бюджеты оказались не в состоянии содержать ранее развернутую сеть медицинских учреждений. Уже в октябре 1921 года началось сокращение медицинских учреждений. В июле 1922 года оно достигло предельного уровня. Произошло уменьшение коек на 47,2%, в том числе в городах – на 44,2%, в сельской местности – на 69,5% [5].

Во второй половине 1922 года начала отмечаться некоторая устойчивость сети лечебных учреждений, а к концу 1923 года – достигнуты первые успехи в ее расширении, хотя уровень ее был ниже 1921 года. По данным М.И.Барсукова [2], С.Р.Дихтяря [4], Д.В.Лифшица [8], в середине 20-х годов средняя площадь сельского врачебного участка равнялась 570 кв. верстам, на один участок приходилось 22415 человек, радиус участка составлял от 14 до 20 верст. Оценивая состояние медицинской помощи в деревне в 1925 году, нарком здравоохранения БССР М.И.Барсуков [2] писал, что «медицинский участок - врачебная амбулатория - должен быть профилактической ячейкой, сельским диспансером».

Финансово-экономическое укрепление страны и республики, определившееся со второй половины 1923 года, создало предпосылки для более быстрого развития здравоохранения БССР [9]. Осуществлялись мероприятия «с общей линией на деревню» Это диктовалось очень низким уровнем медико-санитарного обслуживания, а так же все еще высокой эпидемической и общей заболеваемостью населения. Особое внимание было направлено на укрепление сельского врачебного участка, районного звена здравоохранения. Важное значение в развитии сельского здравоо-

охранения имели решения 1-го Всебелорусского съезда по сельской медицине (апрель, 1925), VII-го Всебелорусского съезда Советов (май, 1925), 1-го Всебелорусского съезда участковых врачей (декабрь, 1925), постановление СНК БССР «О состоянии здравоохранения в сельских местностях и местечках» (14 июля 1926).

За годы досрочно выполненной первой пятилетки сельское здравоохранение БССР по ряду показателей обогнало темпы развития здравоохранения города. Имевший место рост числа сельских участков, женских и детских консультаций, фельдшерско-акушерских пунктов, родильных коек обеспечивал в значительной мере приближение лечебно-профилактической помощи к сельскому населению. Если принять сеть сельских лечебно-профилактических учреждений на 1 января 1929 года за 100, то к 1 января 1933 года уровень ее роста достиг следующих показателей: число больниц – 110,5% (115), число коек в них – 114,9% (2565), сельских участковых амбулаторий – 167,2% (392) и т. д. Рост сети обеспечивался как путем расширения (капитальное переоборудование), так и путем нового строительства лечебно-профилактических учреждений.

В городах вместо плановых 8,4 тыс. к концу пятилетки имелось 11,7 тыс., в то время как на селе вместо 6,6 тыс. было только 3,4 тыс. коек. Количество населения на один участок к концу пятилетки уменьшилось до 9,1 тысячи. Из 512 участков 116 имели стационары, 351 являлись амбулаторными, остальные – приписными к районному центру. Развернутая сеть здравоохранения обеспечивала к концу пятилетки проведение в широких размерах мероприятий по борьбе с эпидемическими болезнями, трахомой, туберкулезом, венерическими заболеваниями, повышению уровня санитарно-оздоровительных мероприятий [7].

Как указывает К.Н.Анищенко в своей диссертации «Развитие здравоохранения Белорусской ССР в годы предвоенных пятилеток (1928-1941 годы)» [1], медицинское обслуживание сельского населения было подчинено интересам социалистического переустройства деревни. Основным звеном сельского здравоохранения стала сельская врачебная амбулатория. В годы третьей пятилетки началась специализация медицинской помощи в районных больницах, но из-за недостатка врачебных кадров она не получила значительного развития. Были организованы областные больницы как центры высококвалифицированной медицинской помощи.

Таким образом, основы системы медико-санитарной помощи на селе окончательно сформировались к началу Великой Отечественной войны и основными задачами сельского здравоохранения стали:

- укрепление материально-технической базы;
- укомплектование ЛПУ квалифицированными кадрами врачей;
- совершенствование управления сельским здравоохранением;
- поиск оптимальных форм медицинского обслуживания сельского населения;

рациональное развитие сети лечебно-профилактических учреждений.

Литература

1. Анищенко К.Н. Развитие здравоохранения Белорусской ССР в годы предвоенных пятилеток (1928-1941): Автореф. дис. ... канд. м д.наук: 14.00.33 - Минск, 1975. – 23с.
2. Барсуков М.И. Медицина в деревне // Бел.мед. думка. – 1925. - №3 - С. 11-20.
3. Вальчук Э.А., Вальчук А.Э., Михалюк С.Ф. К истории развития земской медицины в Минской губернии // История здравоохранения области: Материалы областной научно-практической конференции медицинских работников – Минск, 1998. - С. 135-137.
4. Дихтярь С.Р. Рациональное построение медико-санитарной части в Белоруссии // Белорусская медицинская мысль. – 1925. - №3. – С. 33-70(66)
5. Змачинская Н.Ф. Зарождение и становление советского здравоохранения в Белорусской ССР (1919-1928 гг.): Автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.33 - Минск, 1973. – 20 с.
6. Кодис Ф.К Роль губернской больницы в земской медицине // Тр. Первого съезда врачей Минской губ. – Минск, 1908. – С. 72-84.
7. Крючок Г.Р. Сельское здравоохранение Белорусской ССР за 40 лет Советской власти // Сб. науч. тр. Минского мед.ин-та. - Минск, 1957. – Т. - 20, С 35-70.
- 8.Лифшиц Д.В. Советское здравоохранение в БССР к 10-летию Октябрьской революции // Бел.мед. думка. – 1927. - №9. – С. 6-8.
9. Тищенко Е.М. Финансирование учреждений здравоохранения Белоруссии в 1920 годы // Проблемы соц. гиг. и ист. медицины, - 1998. - №3. С. 60-63.

Мишаева Н.П., Азарова И.А., Цвирко Л.С., Горбунов В.А.
**ИТОГИ ИЗУЧЕНИЯ БЕШЕНСТВА В РЕСПУБЛИКЕ
БЕЛАРУСЬ ЗА 100-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД (1909-2009 гг.)**

*РНПЦ эпидемиологии и микробиологии, Минск, Беларусь
УО «Полесский государственный университет», Пинск, Беларусь*

Бешенство как фатальное заболевание было известно за 3000 лет до нашей эры, его описывали древние греки, арабы, египтяне, евреи, индийцы как Rabies, Hydrophobia, Lyssa, LaRage, Tollwut, LaRabia. Во времена Аристотеля (384-322 гг. до н.э.) его считали болезнью собак, которое буд-то бы не опасно для человека.. Впервые симптомы гидрофобии у человека (судороги глотательных мышц при виде воды) привел Корнелий Цельс (Древний Рим, 1 век н.э.) в трактате “О медицине”, затем арабский ученый, врач и философ Ибн Сина (Авиценна) подробно описал клинику бешенства у животных и людей в энциклопедии “Канон врачебной этики”.

В истории изучения бешенства выделяются 3 этапа: первый – от древних времен до позднего средневековья, когда отмечались локальные вспышки среди диких животных; второй -XVII-XIX века, характеризующиеся панзоотиями среди домашних животных и эпидемиями гидрофобии у людей; третий – с начала XX века по сегодняшний день. За указанный период регистрировались сначала панзоотии среди диких плотоядных, затем – вспышки заболеваний среди домашних животных, которые постепенно купировались антирабическими вакцинами.

Первое упоминание о бешенстве в Беларуси датировано 1909 г., когда в Минской и Могилевской губерниях было зарегистрировано соответственно 14 и 85 случаев заболевания животных. В 1914 г. появилось сообщение о патолого-гистологическом исследовании мозга 94 животных, при этом у 45 были выявлены тельца Негри. В 1916 году из 157 обследованных на бешенство животных положительные результаты были выявлены у 82. Имеются сведения о высокой заболеваемости и в последующие годы. Так, с 1923 по 1929 гг. от рабической инфекции пало 1996 домашних животных [1], что свидетельствовало о тяжелой ситуации по бешенству в республике.

В этот же период в республике отмечалась самая высокая обращаемость населения за антирабической помощью по сравнению с другими республиками бывшего СССР. Если в целом по СССР обращаемость составляла 3 случая на 10 тыс. населения, то в Беларуси эта цифра в 1925 г. была в 3,8 раз выше (11 на 10 тыс.).

Данные по распространению бешенства в период до и после Первой мировой войны приведены в книге Б.М.Ювелева «Шаленства на БССР і мерапрыемствы па змаганні з ім сярод людзей і жывел». [2], Согласно его данным, основным источником бешенства в Беларуси за период с 1914 по 1929 г. были собаки. С их укусами связано 29645 (81,7%) случаев обращений за прививками. На втором месте стояли кошки - 2661 нападение (7,4%), от укусов коров, лошадей и свиней пострадали соответственно 4,5; 2,1 и 2,3% людей. Из диких животных на первом месте стояли крысы (155 покусанных лиц), затем шли волки (0,6% обращений). Лисиц в данном списке совсем не было.

Антирабическая помощь населению республики до 1924 г оказывалась только на 3 пастеровских станциях (Минск, Витебск, Гомель). Прививки пострадавшим проводили по американскому способу: укушенному в течение 7-9 дней вводили суспензию спинного, а затем головного мозга больного бешенством кролика в разведении 1:10-1:12 в объеме 1-2 мл.

В послевоенные годы, в связи с резким ростом численности безпризорных собак и кошек и увеличением числа покусанных ими людей, было зарегистрировано 142 случая гидрофобии. Из них 63,8% (88 случаев) относятся к первому послевоенному десятилетию (1949-1958 гг.). В

следующие десятилетия (1959-1968 гг. и 1969-1978 гг.) наблюдалось снижение заболеваний гидрофобией в 3,4 и 5,1 раза соответственно по сравнению с максимумом (18,8% и 12,3%). С 1979 по 1996 год регистрировалось по 3 - 4 случая гидрофобии в десятилетие. С 1996 по 1999 случаев заболевания не было, но в 2000 г от бешенства погибло 2 человека, в 2001 и 2002 гг. – по 1 человеку, в 2006 и 2009 гг. снова по 2 человека.

Основная масса заболевших гидрофобией (87,4%) была не привита антирабической вакциной, лабораторно не обследовалась (86,6%). Это объясняется разрушением во время войны всей медицинской сети, в том числе антирабических пунктов. После войны антирабическая служба была восстановлена, постепенно была подавлена активность природных очагов. Наблюдалось снижение заболеваемости диких животных, случаи гидрофобии среди людей стали редкими. В этом значительная роль принадлежала Белорусскому НИИ эпидемиологии и микробиологии (БелНИИЭМ), созданного в 1924 г. на базе Белорусской Пастеровской станции.

Первым директором института стал профессор Б.Я.Эльберт – инициатор взаимодействия медицинской службы республики с ветеринарной и коммунальной службами с целью ограничения циркуляции вируса бешенства среди собак и диких животных; он выступал за децентрализацию в СССР антирабических прививок и за организацию прививочных пунктов во всех неблагополучных по бешенству районах республики. В этот период в Беларуси начало набирать силу бешенство, связанное с укусами диких животных, преимущественно лисиц и волков (20,2%), хотя преобладающее число обращений (61,6%) было связано с укусами собак (3). В настоящее время в республике природные очаги бешенства существуют на всех административных территориях. С 1997 г. регистрируется ежегодно нарастающая эпизоотия: если в 1994-1999 гг. зарегистрировано 135 лабораторно подтвержденных случаев заболеваний животных, то за 1997-1999 гг. – 400, а в 2001 г – уже 576. В 4 раза увеличилось число людей, пострадавших от животных с установленным диагнозом «бешенство» (с 238 до 956).

В БелНИИЭМ было налажено производство антирабической вакцины типа Ферми на кроликах. Этой вакциной институт полностью обеспечивал потребности республики с 1930 по 1965 гг. Затем в институте была разработана сухая фенолизированная антирабическая вакцина, приготовленная из овечьего мозга. Она считалась лучшей в Советском Союзе и широко применялась для постэкспозиционной профилактики бешенства у людей, покусанных бешеными животными.

Большой вклад в изучение эпидемиологии бешенства и мер специфической профилактики в первой половине XX века внесли академик РАМН и РАЕН В.И.Вотяков (директор института), профессор Д.Е.Зибицкер, канд.мед.наук Л.С.Змушко, сотрудники института

В.И.Короткевич, В.К.Белоусова, Н.Г.Терешонок, а также сотрудники ветеринарного института экспериментальной ветеринарии (ВИЭВ) во главе с академиком ААН РБ Н.А.Ковалевым, который долгие годы был директором ВИЭВ.

Начиная с 70-х годов XX века в НИИЭМ основное внимание было уделено развитию новой области медицинской науки – химиотерапии вирусных инфекций. На базе БелНИИЭМ была создана Проблемная комиссия союзного значения «Химиотерапия и химиопрофилактика вирусных инфекций», а сам институт утвержден головным (1975 г). Более 20 лет Проблемная комиссия проводила активную работу по поиску и созданию противовирусных препаратов, в том числе на модели рабической инфекции.

Антивирусные свойства в отношении вируса бешенства выявлены у ряда химических соединений (соединения фурана, малеинового ангидрида, витурида, йоддезоксигуанидина, метатрексата, у производных адамантана, имурана, гетероциклических аминокетонатов, гетерополиенов), а также у препаратов фармакопейного статуса (виразола, рифампицина, линкомицина, резерпина и АТФ). Установлено, что при введении белым мышам, зараженным 10 LD₅₀ рабического вируса, выявленных ингибиторов наблюдали повышение выживаемости животных на 37,5-87,5% по сравнению с контролем.

Наиболее эффективным из них был рифампицин, который с успехом был применен для протективного лечения бешенства у людей при тяжелых укусах (укус в лицо, голову, кисти рук) на фоне пассивно-активной иммунизации (антирабическая вакцина, антирабический иммуноглобулин) согласно Инструкции, утвержденной Фармкомитетом МЗ СССР от 02.11.1988 г., в которой рифампицин как антивирусный препарат было рекомендовано применять в фармакопейных дозах на фоне пассивно-активной иммунизации (антирабическая вакцина, антирабический иммуноглобулин [3]. Применение рифампицина в комплексе с антирабической вакциной, проводимое в республике с 1992 года, показало его эффективность даже при тяжелых укусах дикими плотоядными животными (волки, енотовидные собаки, лисы), т.к. ни одного случая гибели людей от гидрофобии не было зафиксировано.

Литература

1. Савицкий Б.П., Цвирко Л.С., Мишаева Н.П. Природные очаги болезней человека в национальных парках Беларуси. // Минск, БИТ «Хата», 2012. – 328 с.
2. Ювелеу Б.М. Шаленства на БССР і мерапрыемствы па змаганні з ім сярод людзей і жывел. – Мінск, Выд. Бел. Дзярж. мікрабіял. інст. – 1930. – 111 с..
3. Мишаева Н.П., Цвирко Л.С., Павлюченко С.П. Бешенство в Беларуси: проблемы защиты населения – Минск, БИТ «Хата». – 2004. – 291 с.,

Мощик К.В., Дорошевич В.И., Самохин Д.А.

ПИТАНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ БРИТАНСКОЙ И РУССКОЙ АРМИЙ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Беларусь*

Данные литературы, характеризующие организацию питания войск разных стран мира в различные исторические периоды, весьма разноречивы. Отчасти это можно объяснить чрезвычайной вариабельностью пайков и норм питания по их качественному и количественному составу [2].

В начале войны паек британского солдата, сражавшегося на французском театре военных действий, содержал 560 г свежего (мороженого) или 450 г консервированного мяса. Несколько позднее мясо стали выдавать в количестве 450 г свежего (мороженого) или 360 г консервированного. В дальнейшем количество мяса было сокращено до 340 г мороженого или 270 г консервированного. Это сокращение было компенсировано сгущенным молоком: сначала в количестве 56 г на человека, затем – 37 г.

С 1916 г. солдаты английских войск стали получать мясо и мясные продукты в следующем соотношении: 60% мороженого мяса, 25%– консервированного, 15% мясорастительных консервов или 15% консервированного мяса с овощами.

Нормы потребления других продуктов также подвергались изменениям. Так, если в начале войны солдату полагалось в день 560 г хлеба или 340 г галет, то в 1917 г. – 450 и 300 г соответственно. Первоначальные нормы выдачи бекона в количестве 115 г на человека позднее снизились до 85 г; сыра – с 85 до 30 г; масла или маргарина – с 58 до 28 г; сахара – с 85 до 70 г.

Суточная норма свежих овощей составляла 240 г, однако снабжение ими было сопряжено со значительными трудностями, особенно в зимнее время (замену свежих овощей сушеными санитарная служба считала нерациональной). Поэтому в холодную пору года солдаты получали апельсины – по одному на человека в день.

Калорийность суточного пайка варьировала в относителнебольших пределах (за исключением января 1917 г.) и в разные периоды войны характеризовалась следующими цифрами (в килокалориях): октябрь 1915 г. – 4276; апрель 1916 г. – 4232; январь 1917 г. – 3851; июнь 1917 г. – 4185; сентябрь 1918 г. – 4111. Войска, располагавшиеся в тылу фронта и обслуживавшие коммуникационные линии, получали несколько меньший по калорийности паек (3559 килокалорий в 1917 г. и 3313 – в 1918 г.). Войска, занятые на тяжелых работах (земляные, лесные и др.), получали питание, энергетическая ценность которого составляла от 4852 до 5681 килокалорий в сутки[3].

Представляет интерес организация питания раненых и больных в госпиталях. В начале войны питание в госпиталях не было ограничено определенным пайком. Врачи госпиталей имели право формировать индивидуальные рационы и к общему столу тех или иных больных добавлять блюда или продукты, которые считали нужным. Такой порядок в дальнейшем признали неприемлемым с экономической точки зрения, и суточное питание больных в госпиталях было лимитировано.

Все госпитали ежемесячно подавали отчеты о питании, изучение которых показало, что ряд госпиталей, не превышая установленные суммы, серьезно изменяли набор продуктов по лечебному пайку, тем самым, нарушая сбалансированность питания. Вследствие этого в 1917 г. был установлен госпитальный паек из расчета на 100 раненых (больных) в сутки (табл. 1). Расчет на 100 человек был принят для того, чтобы врачи могли индивидуализировать питание в данных им пределах в отношении отдельных больных, а также в отношении офицеров и рядовых.

Таблица 1. – Лечебный паек британской армии в 1917 г.

Наименование продукта	Количество, гр	Наименование продукта	Количество, гр
Мясо (рыба, бекон, колбаса)	320	Чай, кофе, какао	13,5
Хлеб и мука	340	Джем, сироп или мармелад	225
Сахар	45	Крупа	170
Маргарин	40	Яйца	0,5 (шт.)
Свежие овощи и картофель	270		

Недостатком такого нормирования стало наблюдавшееся во многих госпиталях перераспределение продуктов в пределах установленных норм в пользу офицеров за счет норм довольствия солдат, приведшее к резкой дифференциации качества питания данных категорий военнослужащих. Так, согласно отчетам госпиталей о питании, в декабре 1917 г. во 2-м Лондонском госпитале калорийность пайка офицеров составляла 4187 килокалорий, а рядовых – 2752; в 3-м Лондонском госпитале – соответственно 4316 и 2374; во 2-м Северном – 4509 и 2424, а в 1-м Северном – 3554 и 3147 килокалорий.

В среднем, минимальная калорийность суточного госпитального пайка составляла 2700 килокалорий, а максимальная – 3250 килокалорий. С октября 1918 г. калорийность госпитального пайка стала нарастать и в 1919 г. достигла 3832 килокалорий.

Накануне первой мировой войны солдаты русской армии питались в соответствии с пайком, содержащим суммарно 116 г белков и имевшим энергетическую ценность немногим более 3000 килокалорий (табл. 2). Данный паек приблизительно отражал характер питания старой русской

армии, поскольку строго определенных норм довольствия по сути не было [1].

Таблица 2. – Паек русской армии перед войной 1914-1918 гг.

Наименование продукта	Количество, гр	Наименование продукта	Количество, гр
Хлеб	1025	Сахар	26
Крупа	102	Чай	2
Мука подболточная	17	Овощи свежие	256
Мясо	410	Соль	46
Жиры	21	Перец	0,7

Все продукты делились на две основные группы: провиант (хлеб, мука) и приварочные, куда относились все остальные продукты. В отношении провианта были установлены и действовали нормы в натуральном выражении. Снабжение войск провиантом осуществлялось через интендантство. Остальные продукты, как правило, напрямую в войска не поступали; для их приобретения выдавали так называемые «приварочные» деньги, за которые артельщики рот покупали продукты на местных рынках. При невозможности закупок продуктов на местном рынке основные виды продовольствия (мясо, сахар, соль, чай) приобретали через интендантство. В период военных действий такой порядок обеспечения войск приобретал массовый характер.

Во время первой мировой войны пайки русской армии многократно менялись. В первые месяцы паек был увеличен. Однако затянувшаяся война потребовала призыва больших контингентов людей. В условиях постоянно ухудшающейся экономической ситуации царская администрация оказалась неспособной организовать обеспечение армии и гражданского населения продовольствием, и вскоре в стране стал проявляться дефицит продуктов. Уже в 1915 г. нормы потребления продуктов питания значительно снизились, а к концу войны даже они выполнялись сперебоями. Армия столкнулась с вполне реальной перспективой голода.

Литература:

1. Калмыков, П.Е. Гигиена питания войск: руководство для слушателей и военных врачей / П.Е. Калмыков; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. – Ленинград: Красный Печатник, 1952. – С. 114.
2. Свечин, А.А. Эволюция военного искусства / А.А. Свечин; Военная академия РККА им. М.И. Фрунзе. – М., 1927. – 383 с.
3. Смоляров, И.С. Санитарная служба английской армии в мировую войну 1914-1918 гг. / И.С. Смоляров. – М.: Воениздат, 1940. – С. 203-206.

Наумов И.А.

МУЗЕЙ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ В БЕЛОСТОКЕ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно.
Беларусь*

Несмотря на возросший в последние десятилетия интерес исследователей к вопросам развития здравоохранения в Беларуси [1, 3], поиску и сохранению материальных артефактов, что, в частности выразилось в создании на Гродненщине Музея развития акушерства в Гродненском областном клиническом перинатальном центре [2] и кунсткамеры – в Гродненском государственном медицинском университете, до недавнего времени как в белорусской, так и в польской части Припяманья отсутствовала музейная экспозиция, в которой целостно была бы представлена история становления медицины и фармации в регионе.

Сложившаяся ситуация изменилась в 2011 году с созданием в Белостоке Музея истории медицины и фармации. Тем не менее, несмотря на неразрывное на протяжении столетий этническое, историческое, культурное и территориальное единство Подляшья и остальной территории Гродненщины, до сих пор информация о данном Музее в отечественной научной литературе отсутствует. В связи с этим актуальным является ознакомить белорусскую медицинскую общественность с деятельностью Музея истории медицины и фармации в Белостоке.

Музей истории медицины и фармации был открыт 31 мая 2011 года, входит в состав Белостокского медицинского университета, функционирует в составе Лаборатории истории медицины и фармации этого учебного заведения и проводит соответствующие научные исследования, выставки, а также участвует в обеспечении учебного процесса университета.

Музей истории медицины и фармации занимает первый этаж правого флигеля прекрасно отреставрированного барочного дворца Браницких, часто называемого «Польским Версалем», возведенного в XVIII веке представителями этого могущественного магнатского рода на небольшой пограничной речке Белой, административно разделявшей в то время Польское королевство и Великое княжество Литовское.

Размещение Музея во дворце Браницких имеет давнюю предысторию и неразрывно связано с событиями Первой и Второй мировых войн. Так, в 1915 году после оставления Белостока российскими войсками в его корпусах был размещен полевой госпиталь германской армии, который функционировал практически до конца 1918 года. В 1945 году после передачи по личному указанию Сталина территории Белостокской области из Белорусской ССР в состав Польской Народной Республики дворец, хотя и значительно пострадавший во время немецкой оккупации, но, тем не менее, являвшийся одним из значительных по площади сохранившихся

архитектурных сооружений, был отдан для размещения Белостокской медицинской академии (ныне – университета), ректорат и ряд кафедр которого располагаются в нем и поныне.

Коллекция музейных экспонатов создавалась в Белостокском медицинском университете на протяжении нескольких десятилетий и имеет целью показать широко понимаемую региональную историю медицины и фармации (его экспонаты охватывают также Гродненщину и Виленщину) на фоне национальных и глобальных исторических процессов. Так, еще в 1994 году на медицинском факультете тогда еще Белостокской медицинской академии была создана Лаборатория истории медицины и фармации, а первая музейная выставка, посвященная развитию аптечного дела на Подляшье, была проведена уже в 1995 году.

Первая постоянная выставка Лаборатория истории медицины и фармации «Секреты древней аптеки» была открыта в 2003 году, представляла аптечную утварь конца XIX – начала XX веков, старательно собранную еще в 1950-1950-е годы как усилиями сотрудников лаборатории в старых аптеках Белостокского воеводства, так и предоставленное местным отделением польского фармацевтического общества. Эта выставка была доступна для посещения студентам и сотрудникам академии, а также членам посещавшим ее многочисленных научных делегаций. Кроме стационарной демонстрации она несколько раз была показана и более широкой аудитории, например, на проводимых Фестивалях науки и искусства и Днях открытых дверей Белостокской медицинской академии. В настоящее время, то есть с момента официального создания Музея, эта выставка ежедневно, включая и воскресные дни, доступна для осмотра всеми заинтересованными лицами и многочисленными туристами.

Еще до момента официального открытия, начиная с 2010 года, сотрудники Музея истории медицины и фармации активно участвовали в проводимых в Польше различных ярких мероприятиях, например в Ночах музеев, экспонируя тематические выставки, посвященные секретам строения человеческого тела, военной медицине, истории дворца Браницких. В 2011 году Музей с выставкой «Каменные километры Белостокских больниц» стал одним из соорганизаторов проведения Дней европейского наследия в регионе.

В настоящее время самой значительной по объему и представленным материалам является музейная экспозиция, посвященная истории аптекарского дела в регионе. Она включает собрание многочисленной утвари и соответствующих инструментов для производства фармацевтического сырья и лекарственных препаратов (самые старые экспонаты датируются XVIII веком), оригинальную мебель, рекламные материалы, а также лекарства производства польских и зарубежных фабрик и химико-фармацевтических лабораторий, в том числе и произведенные в период между Первой и Второй мировыми войнами в Вильно и Гродно.

В ряде музейных комнат также представлены экспонаты по истории медицины. Особый интерес представляет оборудование полевого госпиталя, запечатлевшего яркие страницы истории периода Первой мировой войны в Белостоке. Кроме того, сорудникам Музея удалось с исторической точностью воссоздать стоматологический кабинет конца XIX - начала XX веков и кабинет врача начала XX века с соответствующим оборудованием и медицинским инструментарием. Чрезвычайно ценные экспонаты этих кабинетов являются семейными реликвиями, переданные родными и близкими врачей, дантистов, фармацевтов Белостокских больниц и медицинского университета. Нельзя также не упомянуть и об искусно воссозданном рентгенологическом кабинете, оборудование которого в свое время было доставлено в Музей из одной из Гродненских больниц. Следует также отметить творческий подход к проведению экскурсий по Музею. Так, его посетители имеют возможность самостоятельно принять участие в создании «экспонатов» при изготовлении под руководством экскурсовода ряда гипсовых изделий, например, головного мозга человека и уменьшенной копии главного корпуса дворца Браницких, которые могут стать и соответствующими сувенирами.

Таким образом, в настоящее время Музей в Белостоке является единственной в регионе стационарной экспозицией, в которой относительно целостно представлены основные этапы развития медицины и фармации Принеманского края преимущественно XIX-XX столетий. Представляется, однако, что существует настоятельная необходимость создания подобного рода музея и в Гродно как исторической столице данного региона с давними медицинскими традициями. Тем более, что в городе сохранилось множество исторических зданий, непосредственно связанных с историей развития медицины и фармации, например, здание Гродненской медицинской академии на Городнице (XVIII век), и существуют кадры соответствующей научной квалификации.

Литература.

1. Акушерско-гинекологическая помощь на Гродненщине: история и современность: монография / В.А. Лискович, И.А. Наумов, Р.А. Часнойть, Е.М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2005. – 624 с.
2. Лискович, В.А. Музей развития акушерства / В.А. Лискович, И.А. Наумов // Материалы XI Респ. науч. конф. по истор. медицины и фармации / Отв. ред. Э.А. Вальчук, Е.М. Тищенко. – Минск: ГУ РНМБ, 2009. – С. 69-70.
3. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Беларуси в XIX-XX веках: монография / Е.М. Тищенко. - Гродно: ГрГМУ, 2003. - 269 с.

**Наумчик И.В., Ершова-Павлова А.А., Гусина Н.Б.,
Прибушения О.В., Лазюк Г.И., Вильчук К.У.**

ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
Минск, Беларусь*

Начало создания медико-генетической службы (МГС) Беларуси связано с открытием в 1967 г. лаборатории тератологии и медицинской генетики (ЛТМГ) со штатом 6 единиц при кафедре патологической анатомии УО «Белорусский государственный медицинский университет» (БГМУ). Инициатором создания ЛТМГ стал член-корреспондент АМН СССР, профессор, доктор медицинских наук Ю.В. Гулькевич, руководителем – кандидат медицинских наук Г.И. Лазюк. Научной тематикой лаборатории было изучение фенотипических проявлений хромосомных болезней и синдромов множественных врожденных пороков развития (МВПР) и морфологических изменений у абортусов и плодов при ВПР. Большая часть синдромов, связанных с патологией хромосом, была описана впервые в СССР. Результаты изучения аномалий развития у плодов позволили впервые в СССР создать патоморфологическую классификацию нарушений их развития на ранних стадиях эмбриогенеза. Была показана возможность использования суммарного учета аномалий развития у новорожденных для контроля мутационного процесса, что дало возможность разработать систему популяционного мониторинга ВПР. Высокая эффективность научных работ привела к значительному расширению научной тематики, увеличению штата лаборатории до 32 единиц.

Годы функционирования ЛТМГ (1967-1980 гг.) заложили основы как медико-генетического консультирования (МГК) при наследственных и врожденных заболеваниях (НВЗ), так и научно-практической базы МГС республики. В г.Минске (1969 г.), позже в гг.Бресте, Витебске, Гомеле и Гродно были открыты областные учреждения МГС, в г.Могилеве – лаборатория биохимической генетики (1972 г.), которую возглавил Г.Л. Цукерман; подготовлены кадры для этих подразделений; организован массовый неонатальный скрининг на фенилкетонурию (1977 г.); создан и начал функционировать Белорусский регистр ВПР (БР ВПР) (1979 г.).

В 1974 г. на Всесоюзном съезде генетиков МГС БССР была признана лучшей среди союзных республик, а ее руководитель Г.И. Лазюк был избран вице-президентом Всесоюзного научного общества медицинских генетиков.

В 1981 г. по предложению Президиума АМН СССР на базе ЛТМГ был создан Филиал института медицинской генетики АМН СССР, преобразованный в последующем в НИИ наследственных и врожденных заболеваний (НИИ НВЗ) Министерства здравоохранения БССР (1988 г.) и Респуб-

ликанский медико-генетический центр (1989 г.), вошедшие в 2004 г. в состав ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя».

На всех этапах становления и развития МГС Беларуси участие и помощь оказывали проректор по научной работе БГМУ профессор А.С. Крюк, академик АМН СССР, директор Института медицинской генетики АМН СССР Н.П.Бочков, министры здравоохранения Беларуси Н.Е. Савченко, В.С. Казаков, И.Б. Зеленкевич.

На организованной ВОЗ в 2001 г. в г. Минске конференции по профилактике ВПР, председатель Европейского отделения ВОЗ отметил, что организация и эффективность МГС в Беларуси выше, чем в большинстве европейских стран.

На сегодняшний день МГС республики – это комплекс учреждений, оказывающих все виды медико-генетической помощи населению. Основные задачи МГС: МГК пациентов с НВЗ и членов их семей; разработка и внедрение новых методов биохимической, цитогенетической и молекулярно-генетической диагностики НВЗ; разработка и внедрение методов и программ профилактики НВЗ; массовый скрининг новорожденных для выявления наиболее частых и поддающихся коррекции наследственных болезней обмена (НБО); массовый скрининг беременных на аномалии развития плода; патоморфологическая верификация пренатально установленных диагнозов ВПР; ведение регистров пациентов с НВЗ и членов их семей; ведение БР ВПР для слежения за частотой и динамикой аномалий развития в республике; подготовка научных кадров высшей квалификации для научно-практических и учебных заведений республики; подготовка врачебного и вспомогательного персонала для практических подразделений МГС; научные исследования, направленные на изучение различных аспектов ВПР и НВЗ с целью разработки и внедрения в практику новых современных методов, позволяющих совершенствовать их пре- и постнатальную диагностику и профилактику.

Многолетние исследования позволили установить ряд научных фактов, касающихся этиологии и патогенеза НВЗ: установить 17 ранее неописанных в мировой литературе новых синдромов МВПР; показать значимое увеличение количества ВПР (анэнцефалия, спинномозговая грыжа, полидактилия, расщелины губы/неба, редукционные пороки конечностей, атрезии пищевода, атрезии ануса, синдром Дауна, МВПР) у новорожденных из загрязненных радионуклидами регионов Беларуси; изучить закономерности экспрессии гена развития (GL13) в раннем эмбриогенезе, что в определенной мере раскрыло механизм дизрафий ЦНС у человека; определить молекулярно-генетические основы ряда моногенных и мультифакториальных болезней; установить популяционные частоты многих ВПР и НВЗ. Существенный вклад в решение этих вопросов внесло сотрудничество с учеными России, Великобритании, Германии, Нидерландов, США, Финляндии, Франции, Японии, других научных учреждений

Беларуси: участие в выполнении Международных программ «Геном человека» и «Многopараметрический скрининг синдрома Дауна»; разработка методов пре- и постнатальной диагностики ряда НВЗ; разработка программ массового скрининга пороков развития и хромосомных болезней плода в 1 триместре беременности и ДНК-диагностики наиболее распространенных НВЗ; изучение генов развития ЦНС у зародышей человека; исследования по биологической дозиметрии и генетическим последствиям малых доз радиации у человека; изучение молекулярно-генетических основ НВЗ и нарушений репродуктивной функции; влияния неблагоприятных факторов среды на формирование плода в раннем эмбриогенезе; разработка реагентов для неонатального скрининга на первичный врожденный гипотиреоз, скрининга беременных 1 триместра, а также решить ряд практических проблем, направленных на оказание не только медико-генетической помощи больным с различными формами НВЗ, но и специализированной помощи в медицинских учреждениях иного профиля (акушерство, неонатология, педиатрия, онкология, гематология, эндокринология, кардиология, кардиохирургия и др.).

Основное внимание в научных исследованиях уделяется, прежде всего, запросам практического здравоохранения. Исключительное значение для здравоохранения имеют разработанные и широко внедренные в практику: система многopараметрического скрининга беременных на аномалии развития плода; массовый неонатальный скрининг на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром и муковисцидоз; система биохимической и молекулярно-генетической пре- и постнатальной диагностики многих наследственных и мультифакториальных болезней. Система мониторинга БР ВПР, позволяющая изучать популяционные частоты многих форм ВПР в регионах и республике, оценивать эффективность их пренатальной диагностики, осуществлять слежение за экологической ситуацией.

На первых этапах становления МГС, практически единственным методом профилактики было МГК семей. На сегодняшний день в арсенале генетика-консультанта имеются многие десятки методик, позволяющие установить этиопатогенетический диагноз, определить группы риска, витальный и генетический прогноз. Основным методом профилактики остается пренатальное выявление аномалий и в случае некурабельной патологии элиминация пораженных плодов.

Особое внимание уделяется подготовке научных и практических кадров. На базе НИИ НиВЗ была открыта аспирантура по специальностям генетика (2000 г.) и молекулярная генетика (2004 г.) для врачей и биологов, при БелМАПО – кафедра неонатологии и медицинской генетики, где в год проходит подготовку по основам НВЗ до 70 врачей различных специальностей.

Существенно укрепилась материально-техническая база как РНПЦ «Мать и дитя», так и в областных медико-генетических центрах. Приобретено современное оборудование для проведения УЗ, биохимических, цитогенетических и молекулярно-генетических исследований.

Таким образом, оценивая развитие МГС в Беларуси, следует отметить, что на сегодняшний день созданы условия для оказания практически всех видов медико-генетической помощи населению. Об эффективности работы подразделений МГС свидетельствует ежегодное предупреждение рождения более 800 детей с тяжелыми некурабельными, инвалидизирующими НВЗ, из них – до 150-200 инвалидов с детства, снижение на 1-2‰ перинатальной смертности.

Литература:

1. Lazjuk G., Verger P., Gargniere B., Robert E., Zatsepin I.O., Kravchuk Z., Khmel R. The congenital anomalies registry in Belarus: a tool for assessing the public health of the Chernobyl accident. – *Reprod.Toxicol.*, 2003.-N 17. – p.659-666.

2. Гусина Н.Б., Ершова-Павлова А.А., Зиновик А.В., Наумчик И.В., Дубовская Л.В., Вашкевич И.И., Свиридов О.В. Разработка набора реагентов для неонатальной диагностики первичного врожденного гипотиреоза в Беларуси // Сб. научных трудов и материалов международного симпозиума и научно-практической конференции «Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности Современные технологии инвазивной диагностики и лечения патологии плода». – Минск. - 2010. – С.318-321.

3. Наумчик И.В., Прибушения О.В., Ершова-Павлова А.А., Хмель Р.Д., Зацепин И.О. Первичная профилактика наиболее распространенных врожденных пороков развития в Республике Беларусь. Инструкция по применению // Мн. - 2011. - 8 с.

4. Лазаревич А.А., Хмель Р.Д., Дувакина М.Г., Ершова-Павлова А.А., Наумчик И.В. Роль мониторинга врожденных пороков развития в контроле эффективности пренатальной диагностики врожденных пороков сердца // Сб. материалов «Пренатальная диагностика и генетический паспорт – основа профилактической медицины в век технологий». – Новосибирск: НСК Регион. - 2012. – С. 59.

4. Ильина Е.Г., Колосов С.В., Наумчик И.В., Ершова-Павлова А.А. Компьютерная программа «СИНДИАГ» в диагностике врожденной и наследственной патологии // Сб. материалов V конгресса Федерации педиатров стран СНГ, VI конгресса педиатров и неонатологов Республики Молдова. - *Buletindeperinatologie*. - Кишинев. - 2013. - С. 253-254.

Огренич Н.А., Малышко М.А.

МОНАСТЫРСКАЯ ФИТОТЕРАПИЯ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ

*УЗ «Родильный дом», г. Барановичи,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь*

Христианство оказало большое влияние на развитие медицины. Прогресс медицины был непосредственно связан с принятием христианского мировоззрения нашими предками.

Религиозные конфессии играли важную роль в организации лечебной помощи населению на благотворительной основе. Например, к 1780г. в 16 белорусских деканатах Виленской диоцезии существовали 178 католических приходских шпиталей, рассчитанных на 1424 человека, а в 1842 г. в 10 деканатах Минской диоцезии числились 96 католических костёлов, при 40 из них имелись шпитали, в которых призревались 225 человек.

Монахи владели методами, унаследованными от византийских собратьев и позаимствованных из старинных рукописей, исцеляли раны, язвы переломы костей, оказывали малую хирургическую помощь. Следует отметить, что монахи занимавшиеся врачеванием, были образованными, знающими людьми. Помощь которую они оказывали, руководствуясь христианским милосердием, основывалась на знаниях, почерпнутых из многочисленных источников, прежде всего рукописей медицинского и естественно-научного содержания, переведенных с греческого болгарского, латинского и других языков, и содержащих опыт многих врачей.

Медицина в монастырях развивалась на базе народной врачебной практики.

Аптеки изначально создавали на базе монастырей. Они обеспечивали лекарствами больных в шпиталях при монастырях. Над приготовлением лекарств трудились специально обученные монахи-инфирмирцы.

При монастырях монахи закладывали огороды лекарственных растений, занимались их выращиванием и разведением, составляли собственные книги-зелейники.

Характерным для монастырской медицины и фармации того времени является присвоение лечебным растениям имен святых (вероника лекарственная и др.).

Среди описанных средств применяли отвары и настои дудника лекарственного и дягиля аптечного при брюшном тифе, кровоостанавливающий настой верхушки зверобоя, показанный при «кровоавом» поносе, фитонцидсодержащие лук и чеснок в лечении кожных заболеваний, ангины, ларингита, мазь из цветков ноготков лекарственных и корня живокости полевой для заживления гнойных ран, язв, ожогов, обморожений.

Особое внимание уделялось изучению и применению тех трав, которые произрастали вокруг, таким, как крапива, мята, ромашка, чабрец, полынь.

Интересно, что в качестве шовного материала использовали конопляные нитки. Известными были и болеутоляющие травы: красавка, болиголов, используемые при выполнении операций.

Монастыри являлись образцом милосердия, местом безвозмездной помощи больным и престарелым людям. А монастырская фитотерапия объединила исцеление души и тела, используя богатство белорусской природы.

Литература.

1. Грицкевич, В.П. С факелом Гиппократ/ В.П. Грицкевич. – Минск : Наука и техника, 1987. - 270 с.
2. Крючок Г. Р. Очерки истории медицины Белоруссии / Г. Р. Крючок. – Минск : Беларусь, 1976. - 264 с.

Островский А.М.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПРИЧИН СЛЕПОТЫ И ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В БЕЛАРУСИ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Гомель, Беларусь*

В Беларуси причины слепоты начали изучаться в конце XIX века Л.Г. Беллярминовым и А.И. Скребицким и в начале XX века С.С. Головиным (1910) по материалам глазных отрядов, амбулаторных приемов, переписи слепых. На то время главными причинами слепоты были трахома и бельма роговицы в исходе других ее заболеваний.

Позже, по данным А.С. Савваитова (1932), из 182 слепых в Беларуси первой причиной слепоты стала глаукома (18,1%), на втором месте – общие заболевания организма и глаз (16,6%), затем трахома (10,4%). По материалам же больничных учреждений у 12883 больных, по Савваитову, глаукома привела к слепоте в 27,95%, трахома - в 12,9%, болезни роговицы - в 11,91%, оспа - в 10,3%.

В работе А.М. Мовшовича (1930) «О слепоте в Белоруссии», по данным обследования слепых Мозырского и Минского округов, основными причинами слепоты были глаукома (17,4-19,4%), травмы (11,6-14,1%), туберкулез (13,3%), аномалии рефракции, в том числе близорукость – 10,6%.

В 1954 г. проф. М.М. Золотаревой обследованы учащиеся Гродненской школы-интерната для слепых детей. Основной причиной слепоты оказались врожденные изменения глаз (48,9%).

По данным обследования 1090 рабочих предприятий Белорусского общества слепых доцентом М.С. Завадской (1959) установлена следующая структура причин инвалидности: травмы глаз – 30,8%, заболевания организма и глаз – 22,9%, аномалии рефракции (в основном миопия) – 21,4%, врожденные изменения – 11%, пигментная дегенерация сетчатки – 6,6%, другие заболевания – 7,5%.

Структуру причин слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения у работающих на УПП Гродненской области изучал В.Т. Парамей со своими сотрудниками [1]. Ими было обследовано 294 инвалида по зрению. Среди причин инвалидности и слепоты первое место занимали повреждения глаз (41,9%). Слепота возникла вследствие заболевания роговицы у 18,1% обследованных. Реже ее причинами были заболевания зрительного нерва и сетчатки (11,1%), сосудистой оболочки (9,1%), помутнения хрусталика (8,2%), врожденные аномалии (5,4%), глаукома (3,2%) и аномалии рефракции (3%). Почти половина инвалидов, ослепших в результате повреждения глаз (44,1%), получили ранение в детском возрасте.

М.С. Завадская еще в 1967 г. выделила пять основных групп причин неизлечимой слепоты: 1) местные заболевания глаз (в том числе и заболевания с невыясненной этиологией) – 37,41%; 2) заболевания глаз вследствие общих заболеваний организма (туберкулез, токсоплазмоз, болезни нервной, сердечно-сосудистой систем, детские инфекции и др.) – 24,14%; 3) травмы органа зрения – 17,10%; 4) аномалии рефракции, в основном миопия – 13,9%; 5) врожденные изменения глаз – 5,85%.

Ф.И. Бирюков, возглавлявший с 1965 по 1973 гг. организованную им Гомельскую специализированную офтальмологическую ВТЭК, внес большой вклад во врачебно-трудовую экспертизу по офтальмологии, в изучение причин слепоты и инвалидности среди учащихся Василевичской школы-интерната для слабовидящих детей [4], рабочих УПП общества слепых с изучением их условий труда и составлением профессиограмм для рационального трудоустройства [3]. С целью анализа причин инвалидности и слепоты и последующего оказания возможной терапевтической и хирургической помощи им было обследовано 412 рабочих УПП и УПК Гомельского общества слепых. Основными причинами инвалидности на то время явились аномалии рефракции – 29,63% (в том числе высокая миопия – 25,18%), повреждения глаз (ранения, ожоги) – 15,06%, последствия экзогенных заболеваний роговицы составили 9,62%, дегенеративные изменения сетчатки – 5,43%, глаукома – 1,29%, опухоли глаз – 0,24%. В это же время на основе материалов офтальмологической ВТЭК был проведен анализ деятельности ВКК Гомельской области [2].

Большой вклад Ф.И. Бирюковым был сделан и в организацию БНИЛЭТИН по инициативе профессора М.М. Золотаревой и доцента М.С. Завадской, а также по разработке анкет для переписи слепых и сла-

бывающих в БССР 1971 года, организованной главным Республиканским офтальмологом, заслуженным деятелем науки, профессором Т.В. Бирич.

По данным Гомельской глазной ВТЭК (1965-1967), структура причин инвалидности была следующая: высокая миопия – 34,19%, последствия повреждений глаз – 21,75% (в том числе производственных – 15,5% и бытовых – 6,06%), заболевания хрусталика – 10,82%, врожденные изменения органа зрения – 5,19%, глаукома – 4,76%, заболевания зрительного нерва – 4,76%, заболевания сосудистого тракта и сетчатки – 3,02% (из них тубэтиологии – 1,73%), эндогенные и экзогенные заболевания роговицы – 3,46%, дегенеративные заболевания и отслойка сетчатки – 1,29%, опухоли – 0,86%.

Динамику изменений в структуре причин слепоты на оба глаза среди населения Жлобинского района Гомельской области за период 1900-1970 гг. подробно изучил к.м.н. Н.А. Лосев [5]. При анализе этих изменений в течение длинного ряда лет он отмечает, что к 1970 г. полностью исчезли такие причины, как оспа, корь, скарлатина, сыпной тиф, трахома, туберкулезный менингит. Резко сократились случаи слепоты от язв роговой оболочки, среди которых первое место занимали ползучая язва роговицы и трахоматозные язвы. На первые места вышли: злокачественная близорукость, склероз сосудов сетчатки, травмы глаз, глаукома и пигментная дегенерация сетчатки.

Таким образом, изучение причин инвалидности вследствие патологии органа зрения в Беларуси началось еще в середине XX века. Известную роль в этом сыграла организация врачебно-трудовой экспертизы в республике.

Литература

1. Парамей, В.Т. Причины слепоты, возможности сохранения и улучшения зрительных функций у работающих инвалидов по зрению / В.Т. Парамей, М.Я. Салей, В.П. Биран, Г.Д. Пинчук, И.В. Марцулевич // Актуальные вопросы офтальмологии: тез. докл. III научно-практической конференции офтальмологов Гомельской области с участием офтальмологов других областей БССР, УССР и офтальмологов глазных кафедр Минского, Витебского и Гродненского мединституты (27-28 марта 1974 г.). – Гомель, 1974. – С. 22-24.

2. Бирюков, Ф.И. Анализ деятельности ВКК Гомельской области за 1965-1972 гг. по материалам офтальмологической ВТЭК / Ф.И. Бирюков, М.И. Белосова // Актуальные вопросы офтальмологии: тез. докл. III научно-практической конференции офтальмологов Гомельской области с участием офтальмологов других областей БССР, УССР и офтальмологов глазных кафедр Минского, Витебского и Гродненского мединституты (27-28 марта 1974 г.). – Гомель, 1974. – С. 157-159.

3. Бирюков, Ф.И. Опыт организации рационального трудоустройства инвалидов по зрению в Гомельской области / Ф.И. Бирюков // Актуальные вопросы офтальмологии: тез. докл. III научно-практической конференции офтальмологов Гомельской области с участием офтальмологов других областей БССР,

УССР и офтальмологов глазных кафедр Минского, Витебского и Гродненского мединституты (27-28 марта 1974 г.). – Гомель, 1974. – С. 41- 44.

4. Бирюков, Ф.И. Состояние органа зрения учащихся Василевичской школы слабовидящих по материалам наблюдения трех лет (1970-1972 гг.) / Ф.И. Бирюков // Актуальные вопросы офтальмологии: тез. докл. III научно-практической конференции офтальмологов Гомельской области с участием офтальмологов других областей БССР, УССР и офтальмологов глазных кафедр Минского, Витебского и Гродненского мединституты (27-28 марта 1974 г.). – Гомель, 1974. – С. 134- 136.

5. Лосев, Н.А. Динамика изменений в структуре причин слепоты на оба глаза среди населения Жлобинского района, Гомельской области за период 1900-1970 годы / Н.А. Лосев // Актуальные вопросы офтальмологии: тез. докл. III научно-практической конференции офтальмологов Гомельской области с участием офтальмологов других областей БССР, УССР и офтальмологов глазных кафедр Минского, Витебского и Гродненского мединституты (27-28 марта 1974 г.). – Гомель, 1974. – С. 124- 127.

Панулина Н.И.¹, Кеда А.К.²

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧАУССКОГО РАЙОНА

¹*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь*

²*УЗ «Чаусская центральная районная больница», Чаусы, Беларусь*

Земская уездная больница в г. Чаусы была открыта в 1876г. До этого времени медицинскую, помощь населению оказывали лекари и бабки-повитухи. В 1880 г. в г. Чаусы была больница на 24 койки, аптека и 2 аптечных магазина. К 1882г. в Чаусском уезде существовала административно-врачебная часть, в которую входили: уездный врач - Коллежский советник Петр Филиппович Толочинов, уездный фельдшер - Ипполит Олимпович Кисляков, уездная повивальная бабка - Ефросинья Иосифовна Кулешова. Согласно сельско-врачебной части Чаусский уезд был поделен на три участка, в каждом из них был сельский врач, фельдшер - в каждом селе, повивальная бабка.

Вот каким было здравоохранение в Чаусском уезде в 1900г.: два врача, 16 фельдшеров, больниц и лечебниц - 4, приемных покоев - 4, богаделен - 14 на 48 человек.

С 1892 года фельдшером в лечебных учреждениях Чаусского уезда работал Лобанов Эммануил Федорович - коллежский регистратор, окончивший Могилевскую центральную фельдшерскую школу. В 1912 г. административно-врачебную часть Чаусского уезда возглавлял городской врач - Валерий Викторович Чульский, а в сельско-лечебной работали:

врач 1 - го участка - коллежский советник Чеслав Киприянович Ястржемский, врач 2-го участка - надворный советник Станислав Октавианович Блаженевич. Врач Паперин Гирша Герцикович в г. Чаусы занимался вольной медицинской практикой, а Эзрии Сося Мовшева работал зубным врачом. Аптеку в это время возглавляла Малкина Рива Янкелева.

С 1918 по 1922 гг. должности начальника Чаусского райсобеса и начальника городской амбулатории были объединены, этой работой занимался Лобанов Эммануил Федорович. С 1924 по 1938 годы в г. Чаусы существовала амбулатория Красного Креста.

Первым главным врачом до Великой отечественной войны был Сержанин П.Н., 1903 г.р., уроженец г. Любань Минской области. Он окончил медицинский факультет Белорусского государственного университета в 1928 г. В период с 1928 по 1931 гг. - ординатор Чаусской районной больницы Могилевской области; с 1931 по 1934 гг. - главный врач Чаусской районной больницы Могилевской области; с 1934 по 1936 гг. - служба в Красной Армии; с 1936 по 1937 гг. - ординатор кафедры акушерства и гинекологии Киевского института усовершенствования врачей; с 1937 по 1940 гг. - учеба в аспирантуре; с 1940 по 1941 г.г. - научный сотрудник Института экспериментальной биологии и патологии, ассистент клиники; с 1941 по 1944 гг. - военно-медицинская служба в рядах Красной Армии; с 1944 по 1947 гг. - главный хирург, начальник Управления эвакогоспиталей Министерства здравоохранения БССР; с 1947 по 1954 гг. - заместитель министра здравоохранения БССР; с 1945 по 1970 гг. - одновременно ассистент, доцент, и.о. заведующего кафедрой акушерства и гинекологии Белорусского института усовершенствования врачей. Кандидат медицинских наук с 1948 г., доцент с 1952 г. Награжден орденами "Знак Почета", 7 медалями, Почетной грамотой Верховного Совета БССР, значком "Отличник здравоохранения". Автор около 30 научных работ.

В период Великой Отечественной войны во время немецкой оккупации население района практически без медицинской помощи. В помещении районной больницы размещался немецкий лазарет. После частичного освобождения Чаусского района от немецко-фашистских захватчиков осенью 1943 года районный отдел охраны здоровья находился в д. Осиновка.

Районная больница в Чаусах возобновила свою работу в 1944 году после полного освобождения от немцев. Первым послевоенным главным врачом района был Иван Васильевич Балакирев (1947 - 1952 гг.).

В 1947 году в районной больнице было 70 коек, в стационаре работало 5 врачей, в амбулатории - 6.

В 1952 году в больнице уже развернуто 75 коек, а в 1960 году количество коек в районной больнице увеличилось до 150. Кроме районной больницы в это время были открыты участковые больницы: Рестянская

(50 коек). Усушская (25 коек), Осиновская (25 коек), Дужевская (25 коек), Хацковичская (25 коек).

В декабре 1975 года сдан в эксплуатацию новый больничный комплекс и мощность районной больницы увеличилась до 300 коек. В 1987 году построен еще один трехэтажный корпус.

В послевоенные годы главными врачами района работали Кохтов Владимир Кононович (1952 – 1957 гг.), Уткин Николай Иванович (1957 – 1958 гг.), Матеша Алексей Михайлович (1958 – 1962 гг.), Егоренко Михаил Тимофеевич (1963 – 1976 гг.), Колендо Григорий Иванович (1976 – 2008 гг.), Кеда Андрей Казимирович (2008 – по наст. время).

Известные ученые медики, выходцы из Чаусского района:

Кашеварова-Руднева Варвара Александровна (1832 - 1899гг.) была первой женщиной, получившей в России диплом врача и ученую степень доктора медицины;

Макаренко Иван Агеевич, уроженец д.Кузьминичи Чаусского района - ученый медик акушер-гинеколог, работал на кафедре акушерства и гинекологии Бакинского мединститута;

Разумов Александр Николаевич, уроженец г. Чаусы - директор Московского НИИ профилактической медицины, член-корреспондент РАМН.

Первым Министром здравоохранения Республики Беларусь был Казак Вилий Степанович, 20.02.1935 г.р, уроженец д. Усушек Чаусского района. Заслуженный врач БССР, награжден орденами Октябрьской Революции, Трудового Красного Знамени, медалями, Почетными грамотами Верховного Совета БССР, значком «Отличник здравоохранения».

Сегодня охрану здоровья населения Чаусского района осуществляют центральная районная больница на 138 коек с районной поликлиникой на 500 посещений в смену, три врачебные амбулатории (Рестянская, Устьянская и Осиновская), 21 фельдшерско-акушерский пункт (Антоновский, Барышевский, Бесчинский, Васьковичский, Волковичский, Желивский, Войниловский, Благовичский, Дужевский, Пуцьковский, Каменский, Кузьминичский, Прудковский, Заболотский, Темровичский, Радомльський, Хильковичский, Черенковский, Пилещинский, Левковичинский, Хацковичский), Рестянская больница сестринского ухода на 20 коек, центр гигиены и эпидемиологии, в которых трудятся 50 врачей и 211 средних медицинских работников. В районе также функционируют 5 аптек и сеть аптечных киосков.

Становление санитарно – эпидемиологической службы района началось с 1944 года, когда была организована противомаларийная станция, которая входила в состав райздравоотдела. Противомаларийная станция просуществовала до 1958 г. В 1958г. противомаларийная станция была реорганизована в санитарно – противоэпидемиологический отдел Чаусской ЦРБ. Чаусская районная санитарно – эпидемиологическая стан-

ция, как самостоятельная служба, была организована в октябре 1965г. В 1986-1990г.г. начато строительство нового здания для санитарной станции. С 1991г. районный ЦГЭ расположен в 2-х этажном кирпичном здании, обеспечен резервным центральным водоснабжением, источником горячего водопользования, канализацией. С 1994г. санэпидемстанция переименована в центр гигиены и эпидемиологии.

Первая аптека в Чаусском районе была открыта в 1860 году. До этого времени медицинская помощь населению оказывали лекари, знахари, бабки-повитушки. Уже в 1904 г. в Чаусском уезде, кроме больницы на 28 коек, была 1 аптека и 2 аптечных магазина. Аптеку во время оккупации района эвакуировали в д.Лутище, потом в д.Заболотье Мстиславского района. В июле 1944 г., когда г.Чаусы был освобожден от немецко-фашистских захватчиков, аптеку перевезли в полуразрушенное здание, где она возобновила свою деятельность. В 1965 г. аптека переведена в новое капитальное здание. Со временем аптечная сеть Чаусского района расширялась: открывались новые аптеки. В настоящее время реализацией лекарственных средств занимаются: аптека в д. Горбовичи, аптека при поликлинике, аптека при автостанции. В 2010 г. открылась еще одна аптека в г.Чаусы.

Таким образом, одной из особенностей исторического развития здравоохранения Чаусского района Могилевской области является его постоянная планомерная реорганизация, направленная на выполнение территориальных и государственных программ в области охраны и укрепления здоровья населения.

Петрище Т.Л.

СОТРУДНИЧЕСТВО СССР И ГЕРМАНИИ В ОБЛАСТИ ФАРМАЦИИ В 20-Е ГОДЫ XX ВЕКА

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебск, Беларусь*

В начале 1920-х гг. в силу социально-политических причин (революционные преобразования в России 1917 г., поражение Германии в Первой мировой войне) СССР и Германия были аудсайдерами в мировой экономике. Они находились в определенной изоляции от остальных стран и мировой системы экономики. 16 апреля 1922 г. был подписан Рапалльский договор между СССР и Веймарской республикой. Обе страны обязались развивать торгово-экономические связи на основе принципа наибольшего благоприятствования [0, 0].

В 1920-е гг. Германия была основным торговым партнером СССР, в том числе в области медицинского экспорта-импорта. Из Германии в СССР импортировали лекарственные средства (ЛС), оборудование, меди-

цинские инструменты. В 1925 г. генеральным представительство Государственного акционерного общества по производству и торговле химико-фармацевтическими препаратами «Госмедторгпром» совместно с уполномоченным Народного Комиссариата Здравоохранения (НКЗ) РСФСР был разработан проект организации отдела заграничных медицинских посылок с целью удовлетворения срочных заказов государственных лечебных учреждений СССР. Проект был одобрен торговым представительством СССР в Германии [0, 0].

В Германию Советский Союз экспортировал лекарственное сырье (лексурье). Его объемы были весьма значительны: на долю СССР приходилось 70 % импортировавшихся в Германию лекарственных растений (ЛР). В рекламно-презентационных целях советские торговые организации участвовали в международных выставках-ярмарках. Одна из них состоялась летом 1929 г. во Франкфурте на Майне. Для выставки был подготовлен специальный стенд с коллекцией ЛР («лектрав»), который вызвал интерес у многих германских фирм [0].

Достаточно активно в 1920-е гг. развивались научные медицинские германо-советские связи. Советские ученые выезжали в заграничные командировки, участвовали в работе международных научных форумов, медицинских выставках и т.п. Своими впечатлениями об организации ФД в Германии они делились с коллегами, публикуя соответствующие материалы в профессиональных изданиях [0, 0].

В Германии издавался медицинский журнал на русском языке «Врачебное обозрение» (некоторые его экземпляры сохранились в фондах библиотеки УО «Витебский государственный медицинский университет»).

Германское медицинское издательство «Врач» предлагало книги по медицине, которые также издавались на русском языке. В журнале «Врачебное обозрение» публиковались многочисленные рекламные объявления германских фирм, предлагавших лекарственные средства, предметы ухода за больными, медицинские аппарат и оборудование. Поскольку, журналы и книги выходили на русском языке, то очевиден вывод: они предназначались для советской России.

Литература

1. Космач, В.А. Советская Беларусь и Германия в 1917-1932 гг.: кампании солидарности, торговля, культурный обмен (уроки истории современности) / В.А. Космач, Д.В. Романовский. – Витебск : Изд-во ВГУ им. П.М. Машерова, 2001. – 156 с.

2. Бонвеч, Б. История Германии. Том 2. От создания Германской империи до начала XXI века / Б. Бонвеч; Ю.В. Галактионов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.k2x2.info/uchebniki/istorija_germanii_tom_2_ot_sozdaniya_germanskoj_imperii_do_nachala_xxi_veka. – Дата доступа: 21.03.2014.

3. За границей // Вестник фармации. – 1926. – № 5. – С. 122–123.

4. Обергард, И.А. Берлинские аптеки (впечатления случайного наблюдателя) / И.А. Обергард // Вестник фармации. – 1926. – № 10. – С. 240.
5. За границей // Вестник фармации. – 1929. – № 11. – С. 677.

Петрище Т.Л., Кирилюк А.А.

К ВОПРОСУ ОБ ИСТОРИИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ: ИННОВАЦИОННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ/СПИД (1998-2013 гг.)

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь

Актуальность. Согласно данным ВОЗ, в конце 2012 г. в мире насчитывалось 35,3 миллиона людей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). В том же году около 2,3 миллиона человек приобрели инфекцию, а 1,7 миллиона человек, в том числе 230 000 детей, умерли от синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). В конце 2012 г. почти 10 миллионов человек в странах с низким и средним уровнем дохода получали антиретровирусную терапию. Разработка эффективных лекарственных средств (ЛС) для лечения ВИЧ/СПИД и повышение их доступности является актуальной глобальной проблемой здравоохранения [2].

Целью исследования было выявить основные достижения в разработке антиретровирусных ЛС за последние 15 лет (1998-2013 гг.)

Результаты. Первым широко используемым антиретровирусным ЛС стал нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы Zidovudine (AZT, ZDV). Он был синтезирован в 1964 г. **Изначально его предполагалось использовать** для борьбы с раком, но в продажу это ЛС не поступило. В ходе клинических испытаний, проведенных в 1985 г., была доказана его эффективность в борьбе с ВИЧ/СПИД. Препарат стал широко использоваться с 1987 г. Зидовудин повышал выживаемость больных СПИД при тяжелом иммунодефиците, проявлял эффективность в комбинированной антиретровирусной терапии. Зидовудин более 20 лет изучался в многочисленных клинических исследованиях. В 2011 г. после проведения крупного рандомизированного исследования Gilead 934 было установлено, что зидовудин существенно уступает по эффективности тенофовиру [1].

Но к этому времени на мировом фармацевтическом рынке появилось ряд новых ЛС для лечения ВИЧ/СПИД. С начала 1991 г. были разработаны и стали широко применяться нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы Zalcitabin, Didanosine, Stavudine. Одновременно появились ЛС для борьбы с оппортунистическими инфекциями. В 1995 г. на рынок поступили первые ингибиторы протеазы Saquinavir, Ritonavir, Indinavir, а в 1996 – первый ненуклеозидный ингибитор Nevirapine. Заболеваемость

СПИД в Европе с использованием ЛС в высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) в период с 1994 по 1998 годы упала с 30,7 % до 2,5 %. [1].

Одной из авторитетных организаций в сфере регистрации новых ЛС является Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (U.S. Food and Drug Administration (FDA)). Без ее одобрения невозможно продвижение ЛС на одном из крупнейших мировых фармацевтических рынков - рынке США. FDA следит за контролем качества пищевых продуктов, ЛС, косметических средств. Организация осуществляет контроль за соблюдением законодательства и стандартов в этой области. Непосредственно ЛС занимается подразделение Center for Drug Evaluation and Research. Оно рассматривает заявки на новые ЛС, собирает и анализирует данные о безопасности препаратов, которые уже существуют на рынке. Ее цель – гарантировать, что все препараты безопасны и эффективны [5].

В течение 15 лет с 1998 по 2013 гг. FDA было зарегистрировано 19 инновационных ЛС для комбинированной антиретровирусной терапии ВИЧ/СПИД. Практически ежегодно FDA регистрировала 1 или несколько новых ЛС, за исключением 2002 г., 2009 г. и 2010 г. [3,4,5] (Таблица).

Таблица - Динамика регистрации FDA инновационных лекарственных средств, за 15 лет (1998-2013 гг.) [3,4,5]

Год	Название ЛС	Фирма	Принцип действия	Лекарственная форма, кратность приема
1998	Ziagen	GlaxoWellcome	Нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы ВИЧ	Таблетки, 2 раза в день
	Sustiva	Bristol-Myers Squibb	Ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы	Капсулы, 1 раз в день
1999	Agenerase	GlaxoSmithKline	Непептидный ингибитор протеазы ВИЧ-1 и ВИЧ-2	Капсулы, 2-3 раза в день
2000	Kaletra	Abbott Laboratories Ltd.	Ингибитор протеазы ВИЧ-1 и ВИЧ-2	Таблетка, 1 раз в день
	Trizivir	Glaxo Wellcome Operations	Нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы ВИЧ	Таблетки, 2 раза в день
2001	Viread	Gilead Sciences	Нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы	Таблетки 1 раз в день
2003	Fuzeon	Trimeris/Roche	Ингибитор слияния	Порошки для инъекций, 2 раза в день
	Reyataz	BristolMyers Squibb	Ингибитор протеазы ВИЧ-1	Капсулы, 1 раз в день
2004	Truvada	Gilead Sciences International	Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы	Таблетка, 1 раз в день
	Epzicom	Glaxo Wellcome	Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы	Таблетки, 1 раз в день

2005	Aptivus	Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc	Непептидный ингибитор протеазы ВИЧ-1	Капсулы, 2 раза в день
2006	Atripla	Bristol-Myers Squibb и Gilead Sciences	Ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы	Таблетка, 1 раз в день
	Prezista	Janssen Therapeu- tics, Division of Janssen Products	Ингибитор протеазы ВИЧ	Таблетки, 2 раза в день
2007	Selzentry	Pfizer	Антагонист хемокиновых рецепторов CCR5	Таблетки, 2 раза в день
	Isentress	Merck Sharp & Dohme, B.V	Ингибитор каталитической активности ВИЧ интегразы	Таблетки, 2 раза в день
2008	Intelence	Janssen Therapeutics	Ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы	2 таблетки, 2 раза в день
201 1	Edurant	Johnson&Johnson	Ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы	Таблетки, 1 раз в день
201 2	Stribild	Gilead Sciences	Ингибитор интегразы	Таблетки, 1 раз в день
201 3	Tivicay	GlaxoSmithKline	Ингибитор интегразы	Таблетки, 1 раз в день

Некоторые ЛС, такие как Kaletra, Viread, Fuzeon, Aptivus, Atripla, Prezista, Isentress, Intelence, получили ускоренное одобрение FDA. Ускоренное одобрение предусмотрено для экспериментальных высокоэффективных ЛС и для поддержки разработки инновационных препаратов, создание которых знаменует определенный научный прорыв (производителям таких ЛС предоставляется 5 лет дополнительной патентной защиты) [5].

Заключение. Таким образом, за 15 лет было зарегистрировано 19 инновационных лекарственных средств для лечения ВИЧ/СПИД, из них, 3 – ингибитора протеазы, 2 – непептидных ингибиторов протеазы, 5 – нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы, 4 – ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы, 1 ингибитор слияния, 1 антагонист рецепторов CCR5, и 3 – ингибиторы интегразы. Среди данных ЛС, 74% составляют таблетки, и лишь 21% – капсулы; применяемые 1 раз (53%) или 2-ух раз (47%) в день. Ведущая роль в производстве ЛС принадлежит GlaxoWellcome, GileadSciences и Bristol-MyersSquibb.

Литература

1. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)// Medglobus.ru [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medglobus.ru/Medarticles-HIV%20and%20AIDS-Human%20Immunodeficiency%20Virus%203.htm>. – Дата доступа: 21.05.2014.
2. HIV/AIDS // World Health Organization [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.who.int/topics/hiv_aids/en. – Date of access: 07.04.2014.

3. Innovation.org, a project of the Pharmaceutical Research and Manufacturers of America [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.innovation.org>. – Date of access: 04.05.2014.

4. Mosby's Drug Consult //Elsevier Inc [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www3.us.elsevierhealth.com/DrugConsult/extras.html>. – Date of access: 07.04.2014.

5. U.S. Food and Drug Administration [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.fda.gov>. – Date of access: 09.04.2014.

Заявка – см. ниже!

Петров В.И., Кралько А.А.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ КАК ПРИКЛАДНОЙ НАУКИ

*ИУ "Тюрьма №4" УДИН МВД по Могилёвской области,
УО «Могилёвский государственный университет им. А.А.Кулешова»,
РНПЦ психического здоровья МЗ Республики Беларусь*

Возникновение различных наук неразрывно связано с потребностями государства в реализации своих функций, в том числе, в правовой сфере. В этом вопросе велика роль первых лиц государства, чьи взгляды на существующие проблемы того времени отражают нормативные акты, принятые в той или иной сфере деятельности. Их видение насущных потребностей общества в чём-либо с попыткой изменить положение дел к лучшему закладывали основы различных прикладных наук. Это напрямую касается и судебной психиатрии, прошедший нелёгкий исторический путь, когда отдельные, часто примитивные, правила постепенно превращались в современные нормативные правовые документы.

Различные исторические эпохи характеризовались неоднозначным отношением к добру и злу, к сущности преступлений, преступнику и мерам его наказания. Часто установление истины в случаях правонарушений требовало применения специальных медицинских знаний, которые помогали объяснить различные медико-биологические факты, имевшие место при совершении преступлений, т.е., говоря современным языком, требовали экспертной оценки.

Психиатрия во все времена тесно соприкасалась с необходимостью правовой регламентации оказания помощи психически больным, а также с необходимостью установления законодательных мер, направленных на оценку их психических нарушений в связи с совершением общественно-опасных деяний и профилактику противоправного поведения пациентов. Правовые нормы, затрагивающие интересы душевнобольных, стали появляться одновременно с общими актами законодательства, как их составная часть.

На первых порах с душевнобольных за их антисоциальные поступки вообще не было никакого спроса. Так, в соответствии с древнеиспанским кодексом, «помешанный, маньяк и слабоумный не ответственны за поступки, содеянные ими во время болезни; ответственность падает на больных, если они не сторожили больного и этим не воспрепятствовали тому ущербу, который он нанёс другим». В Британии при отсутствии родных за больного предписывалось отвечать приходскому духовенству. В Германии заботу об одиноких больных должны были брать на себя цехи; расходы по содержанию больного часто ложились на городские власти.

В весьма значимом для Киевского государства Церковном уставе князя Владимира, принятом в 996 году, на церковь возлагалась обязанность устраивать в городах гостиницы-странноприимницы, сиротские, вдовьи дома и больницы. Считается, что значительная часть контингента монастырских больниц состояла именно из психически больных, так как неоднократно в дошедших до нас письменных источниках упоминаются исцеляемые монахами «бесные» и «странные и убогие».

Судный закон князя Владимира включал ряд статей, касающихся душевнобольных. В частности, им предписывалось, чтобы завещатель был в здравом уме и твёрдой памяти, содержатся нормы о вознаграждении опекуна, о совете старших при обручении, если родители будущих молодожёнов были психически больны. Им рассматривались и проблемы дееспособности, например, запрещалось свидетельствовать в суде несовершеннолетним, рабам, глухим, немым, «бесным» и блудникам.

Позже, церковный устав князя Ярослава не разрешал разводы в случае психической болезни жены или мужа.

Статут Великого княжества Литовского 1529 года содержит положение, согласно которому запрещается составлять завещание буйно помешанным, еретикам, невольникам и теряющим рассудок. Причём, с поправкой: «Однако последние, когда придут в себя, вправе составлять свои завещания».

Во времена Ивана Грозного в решениях Стоглавого собора, которые носили характер церковного законодательства, упоминаются душевнобольные. Они должны были направляться в монастыри «чтобы не быть им помехой и пугалом для здоровых» и чтобы дать им возможность получить «вразумление или приведение в истину».

Допетровская Русь 16-17 веков была это эпохой монастырского призрения душевнобольных. Им преследовались две цели: призрение (наблюдение – «находиться при зрении») и выявление монахами психического заболевания с целью установления или исключения уголовной ответственности. В те времена имели место случаи пыток, сожжения тех больных, которые совершили наиболее опасные, с точки зрения правительства, преступления. Душевнобольные, произносившие заведомо ко-

щунственные или противогосударственные слова могли запросто попасть на костры или виселицы. «Буйные» с признаками агрессии и речедвигательным возбуждением чаще попадали в тюрьмы, социально-ориентированные душевнобольные в большинстве случаев расценивались как святые.

Впервые в уголовный процесс законодательные положения, касающиеся душевнобольных, введены 1669 г. Они появились в России в «Новоуказанных статьях о разбойных и убийственных делах»: «...чаще бесный убьёт, неповинен есть смерти...». Там же указывалось, что душевнобольной не может быть допущен в свидетели, наравне с глухонемыми и детьми.

В 1677 г. в период царствования Фёдора Алексеевича принят первый закон, касающийся имущественных прав душевнобольных. В нём указано, что пьяницы и глупые (слабоумные) не могут вести дела и управлять своим имуществом. В то время необходимость установления душевного заболевания и ответственности душевнобольных возникала лишь при нелепом поведении и при наиболее тяжких преступлениях, чаще на основе допросов свидетелей и подозреваемых.

Бредовые идеи величия, выражающиеся в самозванстве, расценивались государством как наиболее тяжкое преступление. В частности, известное дело Ивана Клеопина, называвшего себя царевичем, в итоге по царскому указу закончилось его повешением и ссылкой семьи в Сибирь.

Значимым историческим событием в 1690 г. явилось проведение первой судебно-психиатрической экспертизы тремя дипломированными врачами. Свидетельствуемым был бродяга, заявивший, что он сын царя Ивана Грозного. При допросах он утверждал, что живёт на небесах, куда ходит через дыру и где его принимают ангелы...; якобы к нему приходили 600 донских казаков и он собирался идти обращать татар в христианскую веру...». Эксперты признали свидетельствуемого больным, указав на необходимость надзора и лечения.

Русский царь Пётр I издал ряд Указов, касающихся вопросов судебной психиатрии. Его Указ от 07.05.1715 признавал кликушество следствием невежества и «непотребства» и предписывал кликуш «приводить в приказы для розыска, действительно ли они больны или нарочно накидывают на себя порчу». В 1716 году в статье 195 «Воинских артикулов» им указывалось, что наказание «воровства обыкновенно умалется или весьма отставляется, если кто... в лишении ума воровство учинит». Другой Указ от 16.01.1721 учреждает магистраты, в обязанности которых сменялось устройство смиренных домов и госпиталей, которые предназначались для лиц «непотребного жития», в число которых входили и душевнобольные. Следующим Указом от 05.09.1722 предписывалось не посылать в монастыри «сумасбродных и под видом изумления бывающих». После смерти Петра I Указы 1721 и 1722 гг. так и не были исполнены.

Душевнобольные продолжали направляться в монастыри, что закрепилось указом Сената от 15.03.1727, согласно которому Синоду предписано «не чинить никаких препятствий к приёму душевнобольных в монастыри и не ссылаться на Указ Петра I». При этом предлагалось содержать их в особых помещениях, «имея над ними надзирание, чтобы они не учиняли какого себе и другим повреждения».

Широко известен также указ Петра I «О свидетельствовании дураков в Сенате» от 1722 г., целью которого была забота «о государственной пользе», чтобы дворянские дети не уклонялись от службы, сказавшись «дураками». Освидетельствование в Сенате как высших чинов, так низших чинов, у кого в фамилии ныне есть или впредь будет «дурак», фактически означало установление дееспособности, что имело соответствующие правовые последствия. Петр I не только обязывал свидетельствовать в Сенате «дураков», но и если по свидетельству кто-то признавался таковым, то не мог годиться ни для науки, ни для службы, а также для женитьбы (выхода замуж): от таких браков «доброго наследия к государственной пользе» ожидать нельзя. Кроме того, этот Указ также оговаривал необходимость наблюдения за имуществом помешанного.

В странах Европы принятие первых правовых актов применительно психически больных относят к XVI веку, когда происходило становление европейской институциональной психиатрии.

В 1746 г. Сенат обратился в Медицинскую коллегию с просьбой уточнить правила распознавания психических болезней. В ответе коллегии были изложены основные положения психиатрии того времени, а также указывалось, что не существует таких признаков, по которым с одного взгляда, не имея сведений о прошлом свидетельствуемого лица и его поведении, можно было бы вынести суждение о состоянии его психического здоровья.

Отсутствие больниц и должного надзора за душевнобольными, продолжающиеся во 2-й половине 18 века привели к увеличению общественно-опасных деяний с их стороны, что заставляло власти усиливать меры охраны общественного порядка, издавать документы, по контролю за данной категорией лиц. Так, в 1766 году вышел Указ, касающийся душевнобольных преступников, содержащихся в Суздальском монастыре: «Буде же бы который из них стал произносить что важное, то как сие происходить будет от безумного, то оно не слушать и в донос о нём не вступать». В другом Указе, вышедшем в 1767 г., Екатерины II указывала, что жители Санкт-Петербурга должны сообщать полиции о всех безумных в их домах. В случае опасного проступка больным, не зарегистрированным в полиции, хозяину дома грозил штраф.

С организацией в 1775 г. Приказов общественного призрения, в обязанности которых входила забота о домах для умалишённых, обяза-

тельная миссия монастырей по призрению душевнобольных была прекращена.

В 1834 г. Государственным Советом установлено, что выздоровевших от душевной болезни необходимо свидетельствовать и в случае выздоровления акт свидетельствования представить в Сенат на заключение. После его вынесения выздоровившему предоставляется свобода. Год спустя, в 1835 г., им же впервые установлен порядок судебно-психиатрического освидетельствования во врачебных управах психически больных в уголовном процессе, совершивших убийство или покушение.

В соответствии со специальными правилами, устанавливаемыми Медицинским Советом, испытуемые, страдающие душевным заболеванием, направлялись для содержания и лечения в дома умалишённых. Только в случае полного выздоровления, подтверждённым двухлетним периодом отсутствия признаков болезни, больной мог быть выписан из больницы с возвратом ему его собственности.

В 1841 г. было дано разрешение свидетельствовать душевнобольных в Московской Преображенской больнице, что приблизило свидетельствование и наблюдение психически больных.

Пройдёт ещё много лет, пока судебная психиатрия как прикладная наука займёт своё достойное место в группе других наук, имеющих практическое значение - «как медицина в праве». Она вооружится современными методами исследования, разработает свои методические принципы, определит приоритеты дальнейшего развития, а центром научной мысли станет Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П.Сербского. Но даже сегодня наработанный исторический опыт возникновения и формирования судебной психиатрии как прикладной науки позволяет избегать ошибок прошлого, настоятельно требует продолжения гуманизации в сфере оказания психиатрической помощи и отношения к психически больным лицам, оптимизации работы судебно-психиатрической экспертной службы, совершенствования её организационной структуры и функций.

Литература:

1. Жариков, Н.М. Судебная психиатрия: учебник / Н.М. Жариков, В.П. Котов, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, - 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: ИНФРА-М, 2011. – 624 с.
2. Калемина, В.В. Основы судебной медицины и психиатрии: Учебное пособие / В.В. Калемина, Г.Р. Колоколов. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К⁰», 2012. – 356 с.
3. Кралько, А.А. Исторические аспекты развития законодательства, регулирующего оказание психиатрической помощи. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Организационно-правовые аспекты оказания психиатрической помощи», 29 октября 2013 года, Минск. С. 32-34.
4. Руководство по судебной психиатрии / Под редакцией Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича, А.А.Ткаченко. – М.: Медицина, 2004. – 592 с.

Петров В.И., Кралько А.А.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА: ОТ ДРЕВНОСТИ ДО НАШИХ ДНЕЙ

*ИУ "Тюрьма №4" УДИН МВД по Могилёвской области,
УО «Могилёвский государственный университет им. А.А.Кулешова»,
РНПЦ психического здоровья МЗ Республики Беларусь*

Судебная медицина является отраслью медицины, которая возникла в связи с практическими потребностями общества правильно трактовать отдельные медико-биологические факты, имеющие место при совершении правонарушений и преступлений, что являлось элементом доказательной базы и помогало правоохранительным органам и судам принимать соответствующие решения с учётом требований закона. Зародившись в недрах других, более ранних наук, судебная медицина изначально была призвана укреплять государственный строй, чётче обозначать грань «дозволенного» и «недозволенного».

Примитивная экспертиза повреждений проводилась уже в древности, когда доставая стрелу с незнакомым оперением из тела соплеменника древний человек восклицал: «Не наша!».

Судебная медицина как наука и отрасль деятельности формировалась вместе с зачатками государственности, её развитие определялось потребностями развивающейся правовой науки, судопроизводства и государственного управления. Имеются сведения, что уже в древних государствах (Древний Рим, Греция, Китай, Индия) для решения вопросов, связанных с причинением вреда здоровью или со смертью человека эпизодически привлекались лица, сведущие в медицине. Еще Гиппократ (V в. до н.э.) изучал вопросы, которые и в настоящее время ставятся перед судебно-медицинскими экспертами: о производстве аборта, сроке беременности, жизнеспособности недоношенных младенцев, тяжести и смертельности различных повреждений.

Практика привлечения медицинских работников к расследованию и судебному разбирательству для разъяснения вопросов, требующих специальных медицинских познаний, постепенно закреплялась в государственных законодательных актах. Так, например, в своде римского права (VI в. до н.э.) упоминается уже о привлечении врачей и повивальных бабок в качестве сведущих лиц в судебном процессе.

В западной Европе к концу XVI века накопились уже значительные материалы по медицинской деятельности врачей. Это позволило немец-

кому ученому Иоганну Бонну в 1690 году опубликовать свой труд «Основы судебной медицины».

В конце XVIII века в большинстве государств Европы была установлена необходимость судебно-медицинских вскрытий трупов. В то время в университетах уже судебную медицину преподавали совместно с анатомией. Только в конце XIX века там создаются самостоятельные кафедры полицейской и судебной медицины. В этот же период в Вене, Берлине, других крупных городах Европы возникают институты судебной медицины.

В XIX веке естествознание и медицина достигли значительного развития. Это способствовало развитию судебной медицины и возникновению судебно-медицинских школ. Наиболее известными стали имена таких ученых в области судебной медицины как Каспер (Германия), Тейлор (Англия), Машка (Прага), Бруардель и Лакасань (Франция), Гофман (Австрия). Учебник последнего выдержал 8 изданий только на русском языке.

Формирование отечественной судебной медицины изначально также было связано с запросами практики. Еще в X веке в договоре князя Олега с греками предусматривалось наказание за нанесение побоев. В уставе князя Владимира определялось наказание за половые преступления, что требовало специальных знаний. В древнем правовом сборнике «Русская правда» (XI в.) уже начали подразделять повреждения на легкие и тяжкие и в зависимости от этого определялась степень наказания.

В 11-13 веках в России введено обязательное освидетельствование лиц, получивших телесные повреждения. В основном тяжесть повреждений определяли судьи, врачи к этой работе привлекались лишь эпизодически.

Позже, в Статутах Великого княжества Литовского (1529; 1566; 1588 гг.), предусматривалась возможность осмотра живых лиц и трупов, которые имели право проводить ввозные - специально уполномоченные должностные лица. Результаты подобных исследований записывались в специальные судебные книги. После вступления территории Беларуси в состав России, здесь начали действовать нормы Свода законов Российской Империи. Положения законов «О судоустройстве по преступлениям» наравне с осмотром тела человека уже содержали нормы, касающиеся производства судебно-медицинской экспертизы трупов. Только называлась она в то время - «осмотр трупа с участием врача».

В России в XVI-XVII столетиях врачебные освидетельствования по поводу механических повреждений, подозрений на отравление, медицинских правонарушений, по определению пригодности несения государственной и военной службы проводились только в отдельных случаях. Петр 1 в Воинском уставе 1716 года впервые указал на обязательность определения истинной причины смерти при нанесении побоев и ранений,

а артикулом 154 этого устава узаконивалось вскрытие трупов при насильственной смерти.

В 1746 г. в России вводится обязательное исследование трупов людей, умерших скоропостижно. В середине XVIII века основным документом, регламентирующим производство судебно-медицинских экспертиз были «Наставления врачам при судебном осмотре и вскрытии мёртвых тел», а с 1842 г. – «Устав судебной медицины», который действовал с небольшими изменениями до 1917 г. К началу XIX века судебно-медицинские освидетельствования и вскрытия были введены по всей России.

Преподавание судебной медицины в России началось со второй половины XVIII столетия. В 70-х годах судебная медицина была выделена в самостоятельную кафедру. В начале преподавание дисциплины сводилось к чтению лекций с единичными демонстрациями судебно-медицинских вскрытий, затем были введены занятия по освидетельствованию живых лиц, позднее – по ознакомлению с лабораторными исследованиями вещественных доказательств.

Наиболее значительный всплеск в развитии судебной медицины России наблюдался во второй половине XIX века, когда был проведен ряд реформ. Прежде всего, это отмена крепостного права в 1861 году, земская, городская, военная, судебная реформы. Последняя, проведенная в 1864 году, явилась толчком для развития судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы. Суды стали общими и равными (вместо сословных), тайное судопроизводство сменилось открытым и гласным, были учреждены прокуратура, адвокатура, судебные следователи, появилась состязательность в судебном процессе. Все это привело к необходимости использования судебно-медицинской экспертизы в открытых спорах сторон, а также к выявлению недостатка знаний и научным исследованиям в судебной медицине. Появились при университетах кафедры судебной медицины, к которым уже обращались как к экспертным учреждениям. С 1865 года впервые стал выходить журнал «Архив судебной медицины и общественной гигиены».

В 1918 году при Наркомздраве РСФСР был организован отдел Гражданской медицины с подотделом медицинской экспертизы. В 1920 году введены должности губернских, городских и районных экспертов, стали организовываться специальные учреждения – судебно-медицинские лаборатории – прообраз будущих бюро судебно-медицинской экспертизы. С 1921 года судебно-медицинская экспертиза, после отделения её от социально-трудовой экспертизы, в системе здравоохранения стала самостоятельной. В 1924 году завершена организация структуры судебно-медицинской экспертизы России, учреждена должность Главного судебно-медицинского эксперта.

В Москве в 1923 году была создана Центральная судебно-медицинская лаборатория. В 1924 году при Наркомздраве РСФСР была учреждена должность главного судебно-медицинского эксперта. К этому времени создаются бюро судебно-медицинских экспертиз при областных и краевых отделах здравоохранения. В 1931 году Центральная судебно-медицинская лаборатория г. Москвы реорганизована в Научно-исследовательский институт судебной медицины.

В 1947 году создано Всесоюзное научное общество судебных медиков (НОСМ). Вышел ряд правительственных и ведомственных официальных документов, посвященных организации, укреплению и развитию судебно-медицинской экспертизы, состоялись съезды, конференции. Стали издаваться учебники, руководства, монографии, периодически выпускаться журнал «Судебно-медицинская экспертиза», сборники научных трудов. В 1958 году был учрежден журнал «Судебно-медицинская экспертиза» - печатный орган научного общества судебных медиков СССР.

Большой вклад в развитие судебной медицины в XIX-XX веках внесли И.Ф. Венсович, Е.О. Мухин, И.И. Нейдинг, П.А. Минаков, С.А. Громов, Е.В. Пеликан, Ф.Я. Чистович, И.М. Гвоздев, Н.Н. Оболенский и др. Большой вклад в подготовку судебно-медицинских кадров внесли профессора: М.И. Авдеев, В.М. Смольянинов, В.Ф. Черваков, В.И. Прозоровский, А.К. Туманов, К.И. Хижнякова, А.П. Громов, В.Н. Крюков, В.В. Томилин, А.А. Солохин, И.Ф. Огарков и др.

В Советский период издано большое количество разнообразной судебно-медицинской литературы. Авторами популярных учебников судебной медицины явились: Н.С. Бокариус, В.Н. Попов, М.И. Авдеев, М.И. Райский, В.М. Смольянинов, А.П. Громов, В.Н. Крюков, В.В. Томилин, А.А. Матышев и др.

В Белоруссии первые судебно-медицинские эксперты появились в 1918 году. В 1924 году с образованием медицинского факультета Белорусского университета на кафедре патологической анатомии был создан курс судебной медицины. К 1930 году кафедра судебной медицины стала самостоятельной, её возглавил ее профессор В.Ф. Черваков, который был назначен одновременно и главным судебно-медицинским экспертом Минздрава БССР.

За военные годы (1941-1944 гг.) судебно-медицинская служба в Белоруссии была разрушена до основания. В послевоенный период в развитии и укреплении судебно-медицинской службы в Минске активное участие принимали С.А. Прилуцкий, А.Е. Горелышева, С.П. Сороко, Э.М. Наумович, О.Б. Бурак, В.К. Стещиц, В.И. Карелина и др.; в Витебской области – И.Ф. Селищев, В.А. Мурашко, И.М. Шапиро; в Гомельской области – П.А. Травин, Б.С. Сухарская, З.Г. Басин; в Брестской области – Г.П. Стриковский, Г.М. Бруй, А.О. Веапетянц, Н.К. Шевчук; в Гродненской

области – А.М. Барков, А.В. Лычковский, В.А. Андреев; в Могилевской области – А.Г. Черноглаз и др.

К концу 80-х годов судебно-медицинская служба в Белоруссии представляла собой достаточно хорошо организованную систему экспертных учреждений, кафедр и курсов судебной медицины в высших учебных заведениях. В Республике имелось 8 бюро судебно-медицинских экспертиз. На высоком уровне была поставлена научно-исследовательская работа, регулярно проводились научно-практические пленумы и конференции.

В последующие годы были приняты ряд нормативных документов по совершенствованию организации судебно-медицинской службы. В соответствии с Указом Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко от 22.04.2013 существующая экспертная служба была переименована в Государственный комитет судебных экспертиз (ГКСЭ), который начал свою работу с 01.07.2013 года. В него дополнительно были включены представители экспертных подразделений других ведомств (МВД, МЧС, МО и др.) Ему переподчинены научно-практический центр Министерства юстиции, Институт подготовки и повышения квалификации бывшей службы судебных медицинских экспертиз, унитарное предприятие «Белсудмедобеспечение» и др. Возглавил ГКСЭ генерал-майор юстиции Андрей Иванович Швед. Сегодня ГКСЭ проводит более 120 видов экспертиз (генетические, автотехнические, баллистические, компьютерно-технические, судебно-строительные, судебно-экономические и др.), улучшено их качество и сокращены сроки проведения экспертиз. Это современное экспертное подразделение является гарантом установления истины при расследовании криминальных событий и других правонарушений, совершаемых в Республике Беларусь.

Литература:

1. Громов А.П. Курс лекций по судебной медицине. – М.: Медицина, 1970.
2. Калемина, В.В. Основы судебной медицины и психиатрии: Учебное пособие / В.В. Калемина, Г.Р. Колоколов. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К⁰», 2012. – 356 с.
3. Кухарьков, Ю.В. Судебная медицина: курс интенсивной подготовки / Ю.В. Кухарьков, А.О. Гусенцов, М.Ю. Кашинский. - Минск: ТетраСистемс, 2012. – 160 с.
4. Пучков Г.Ф., Чучко В.А., Гусаков Ю.А. и др. Этапы развития судебно-медицинской науки и практики в Республике Беларусь, в кн. Материалы I съезда белорусской государственной службы судебно-медицинской экспертизы (Минск, 15-17 сентября 1999 г.), Минск, 2000. – 25-31 с.
5. Яблонский, М.Ф. Курс лекций по судебной медицине / М.Ф. Яблонский. – Витебск: ВГМУ, 2005. – 301 с.

Петрова Н.П., Шаршакова Т.М.

МУЗЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ПРАВСТВЕННЫХ КАЧЕСТВ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель,
Беларусь*

Музей – это, прежде всего, память, выраженная в предметах, а по существу – это особая образовательная среда. Именно поэтому, одной из основных миссий музея является его образовательная деятельность. Важная особенность музея заключается еще и в том, что он является не только источником знаний, но и источником воздействия на эмоциональную сферу человека, а эмоционально-чувственное восприятие это основа мыслительной деятельности человека, что в свою очередь формирует высокие нравственные качества. Еще в античном мире при формировании музеев стали складываться, существующие и по сей день, функции музейных собраний: храмы для хранения посвященных богам предметов; святилища, где проходили общественные праздники; центры проведения творческих состязаний, литературных и научных сообществ.

Хранителем исторических традиций, важных для формирования высоких нравственных качеств будущих врачей, гуманистического и научного мировоззрения является музей истории Гомельского государственного медицинского университета.

С первых дней своего существования музей стал историко-информационным центром и составной частью учебно-воспитательной работы среди студентов, формирующим у них любовь и уважение к университету, профессии дающим основу знаний по истории вуза, как части становления и развития медицины и высшего медицинского образования на территории Беларуси; пропагандирующим достижения ВУЗа, его сотрудников и студентов в научной, педагогической, врачебной и других сферах деятельности на протяжении более двух десятилетий.

В экспозиции музея имеются материалы, свидетельствующие о становлении и развитии университета, диссертации, авторефераты диссертаций, монографии, учебники и учебно-методические пособия, подготовленные сотрудниками университета, патенты, свидетельства о рационализаторских предложениях, альбомы выпускников, экспонаты, свидетельствующие о достижениях культурно-массового движения, физкультуры и спорта, представлена издательская и другая деятельность университета.

Музей университета ставит перед собой задачи:

- развитие способности извлекать информацию из первоисточника;
- формирование понятийного аппарата через общение с предметами;

- привитие навыков самостоятельного обучения;
- мотивация процесса обучения.

Музей университета делает ставку на развитие представлений студентов о способности наблюдать, классифицировать и генерировать информацию. Он представляет собой дополнение к курсу «История медицины». Ежегодно музей посещают студенты 1-го курса медико-диагностического и 3 курса лечебного факультетов, ФПСЗС, так как одно из семинарских занятий посвящено истории создания и развития университета. Занятие проведенное в музее, делает его более содержательным, насыщенным новыми фактами и увлекательным по форме, что играет колоссальную роль в формировании мировоззрения будущих врачей. Приятно сознавать, что после посещения музея студенты осознанно начинают гордиться своим вузом. В этом – память поколений, преемственность и главная цель работы музея, о чем мудро говорили древние: следующий день – ученик предыдущего.

Непосредственные контакты с музейными предметами помогают еще и формированию исторической сознательности студентов. К сожалению, иногда мы недостаточно представляем себе специфику образовательных возможностей музея, полагая, например, что здесь за час можно узнать все, о чем или о ком-либо. Поэтому особенно важным является привлечь студентов к самостоятельной попытке пополнения музейных экспонатов.

Музей играет весьма важную роль также и в формировании современного научного мировоззрения. Благодаря наглядности музей помогает глубже понять особенности работы ученых и сути, применяемых ими методов исследований, что развивает одну из форм проявления самостоятельности и инициативы студентов – приобщения их к исследовательской работе, к выполнению творческих заданий.

Знание истории своей профессии и истории вуза формирует высокие эτικο-деонтологические качества, неразрывно связанные с нравственным статусом будущего врача. На опыте поколений воспитываются лучшие качества, присущие отечественным медикам: любовь к избранной профессии, милосердие, отзывчивость к чужим бедам, высокое чувство долга, бескорыстное стремление оказать помощь больному...

По достоинству музей истории и развития университета вносит вклад в проведении идеологической и воспитательной работы. Посещение музея не «иллюстрирует» историю, не учит ей, а формирует у студентов личные отношения к тем или иным историческим фактам. Выполняя культурно-воспитательные, пропагандистские функции музей истории Гомельского государственного медицинского университета предоставляет возможность увидеть настоящее и прошлое вуза.

Таким образом, посещение музея делает обучение более осмысленным, соотносит идеологические, научные и эстетические понятия с чувственным опытом студентов.

В заключение хочется отметить, что одна из главных задач, которая стоит сегодня перед музеем университета – это воспитание и формирование нравственно сознательного специалиста с присущими ему лучшими качествами нравственности, порядочности, совестливости, ответственности, милосердия, которых очень недостает нашему обществу, и которые всегда ценились человеком, осведомленного в вопросах медицинских знаний, небезразличного к наследию.

Литература:

1. Левыкин, К.Г., Хербс, В. Музей исторического профиля / К.Г. Левыкин, В. Хербс.: Учебное пособие для вузов. – М.: Высшая школа, 1998. – 431с.
2. Шляхтина, Л.М. Основы музейного дела/ Л.М. Шляхтина.: Учебное пособие. – М.: Высшая школа, 2005. – 183с.

Пичугина Л.В.

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОЖАРНЫХ В РОССИИ

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Удмуртской Республике», Ижевск, Россия

Интерес исследователей к состоянию здоровья лиц опасных профессий (летчиков, моряков, спасателей, пожарных) усилился в конце XX века в связи со значительным увеличением природных и техногенных катастроф во всем мире. Остро назрели проблемы сохранения здоровья и работоспособности лиц, подвергшихся воздействию экстремальных факторов. (А.А. Алексанин и соавт., 2010).

Изучение состояния здоровья лиц опасных профессий берет свое начало с 1615 г. До XVII века на Руси пожары тушили всем миром, профессиональных пожарных команд не существовало. С 1615 г. обязанности по тушению пожаров возложили на стрелецкие полки. Медицинскую помощь стрельцам оказывали полковые лекари, в их обязанности также входили вопросы определения годности рекрутов в стрельцы. В 1681 г. впервые лекари при осмотре стрельцов дали официальное заключение о пригодности к военной службе, а в 1834 году впервые были сформулированы и претворены в жизнь основные постулаты медицинского освидетельствования рекрутов при поступлении их на военную службу (М.П. Мультиановский, 1961). Медосмотры рекрутируемых предусматривались не реже двух раз в месяц. В настоящее время требования к состоянию здоровья сотрудников противопожарной службы регламентированы приказами и положением о военно-врачебной экспертизе.

История профессиональной пожарной охраны начинается 30 апреля 1649 года с принятием «Наказа о градском благочинии». Вплоть до 1893 г., до создания Соединенного Российского Пожарного Общества, преобразованного в 1898 г. в Императорское Российское Пожарное общество (ИРПО), объединившего добровольные пожарные команды, оказание помощи пожарным возлагалось на военных врачей и врачей, практикующих в уездах и губерниях Российской империи. ИРПО возглавили граф А.Д. Шереметев и князь А.Д. Львов. В «Проекте пожарной реформы в России», составленном графом А.Д. Шереметевым (1895) о вопросах оказания медицинской помощи пожарным говорится следующее: «Главное Пожарное Управление должно озаботиться составлением правил и изысканием средств для обеспечения какъ семействъ убитыхъ, такъ равно и самихъ увѣчныхъ и раненыхъ пожарныхъ чиновъ и служащихъ». (с.20) «... Каждое пожарное учреждение обязано, кромѣ ежегодного отчета, ежемѣсячно доставлять въ Главное Пожарное Управление, въ порядкѣ постепенности, т. е. черезъ Уѣздное и Губернское Пожарныя Управленія по утвержденной форме статистическіе данныя: 1) о бывшихъ пожарахъ, 2) объ убитыхъ и увѣчныхъ пожарныхъ чинахъ, 3) об убыткахъ, какъ застрахованного, такъ, равно и не застрахованного имущества» (с.51). В 1898 г. начало работать «Общество голубого креста», основной задачей которого стало оказание помощи пожарным и их семьям в случае потери трудоспособности или смерти во время тушения пожаров. Расходы по оплате медицинских услуг компенсировались за счет страховых сборов. Губернские и Уездные Пожарные Управления привлекали врачей, оказывающих помощь пожарным, на свои заседания с правом совещательного голоса. С 1920 г. медицинское обеспечение пожарных возложено на медицинскую службу Министерства внутренних дел. В XX веке во время Первой мировой войны и Великой Отечественной войны пожарным пришлось участвовать в тушении пожаров, вызванных применением новых средств вооружения – огнеметов, зажигательных бомб и др. Получившие ранения и травмы огнеборцы лечились в военных госпиталях вместе с ранеными на фронтах.

В конце XX века (1992) была образована медицинская служба Министерства по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий России (МЧС России), что стало основой формирования системы медицинского обеспечения, включающего в себя меры административного, управленческого, медицинского, профилактического, научного, педагогического и воспитательного характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья личного состава МЧС России, а также координации медицинских и психологических служб при проведении аварийно-спасательных работ в зоне

чрезвычайных ситуаций. Появилось новое направление в медицине – медицина пожарных.

Таким образом, становление медицинского обеспечения пожарных можно разделить на три этапа:

Эмпирический этап (до 1920 года) – помощь носила случайный характер;

Ведомственный этап (1921-1992) – была сформирована система профилактических осмотров и лечебных мероприятий при той или другой патологии;

Научный этап (с 1993 года по настоящее время) – формирование медицины пожарных.

Для дальнейшего совершенствования медицинского обеспечения пожарных необходимы многоцентровые рандомизированные клинические наблюдения с привлечением научных центров, лечебно-профилактических учреждений и всех заинтересованных лиц.

Литература:

1. Алексанин С.С., Астафьев О.М., Санников М.В. Совершенствование системы медицинских обследований спасателей и пожарных МЧС России // Медицина катастроф. – 2010. – № 3. – С. 8–11.
2. Мультановский М.П. История медицины: учеб. для студентов мед. ин-тов / М.П. Мультановский – М.: Гос. издательство мед. литературы, 1961 – 348 с.
3. Проект пожарной реформы в России, составленный графом А.Д. Шереметевым при участии Херсонского Брандмейстера К. Безносова. – С-Пб., Типо-Литография Д. Семенюкова. – 1895 г. – 117 с.
4. Пожарное дело в России: хрестоматия /Щаблов Н.Н., Виноградов В.Н., Бессонов В.П. – СПб.: Академия российских энциклопедий. Безопасность – 7. – 2007. – 687 с.

Плоцкі А.Р.

ДЫСЕРТАЦЫЙНЫЯ ПРАЦЫ СУПРАЦОЎНІКАЎ ГРОДЗЕНСКАГА ДЗЯРЖАЎНАГА МЕДЫЦЫНСКАГА ЎНІВЕРСІТЭТА, ПРЫСВЕЧАНЫЯ ВЫВУЧЭННЮ НАРОЖДАННЫХ ПАРОКАЎ РАЗВІЦЦЯ

УА «Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт», Гродна, Беларусь

Парокі развіцця займаюць вельмі важнае месца сярод прычын захворваемасці і смертнасці ў чалавека. Гэта мае дачыненне не толькі да стану плада альбо немаўляці, але і да дарослых з тае нагоды, што некаторыя парокі развіцця выяўляюцца ў сталым узросце, дзякуючы выкарыстоўванню сучасных сродкаў візуалізацыі. Гэтыя ж сродкі дазваляюць выяўляць народжаныя анамаліі нават у перыод цяжарнасці, што дае магчымасць адпаведным чынам падрыхтавацца да нараджэння

такога дзіцяці і аказваць неабходную дапамогу. Такім чынам, можна без перабольшання сцвярджаць, што гэта междысцыплінарная і рознабаковая праблема. І зусім не дзіўна, што ёю займаюцца спецыялісты розных галін медыцыны.

З гэтай нагоды, мэтай нашай працы з'явілася спроба аналізу праведзеных дысертацыйных даследванняў, што тычацца парокаў развіцця, сярод супрацоўнікаў Гродзенскага дзяржаўнага медыцынскага ўніверсітэта.

Адразу трэба пазначыць, што пэўныя накірункі навуковай дзейнасці, звязаныя з парокамі развіцця, з'яўляюцца прыярытэтнымі ў даследваннях некаторых кафедраў. Напрыклад, адным з напрамкаў даследвання кафедры анатоміі чалавека з'яўляецца вывучэнне анатамічнай зменлівасці ў асоб з храмасомнымі і геннымі мутацыямі і удакладненне граніц анатамічнай нормы. Прыкладамі могуць быць працы Кіселеўскага Ю.М. «Асаблівасці анатамічнай будовы сасудаў і нерваў ніжняй канцавіны ў чалавека пры храмасомных сіндромах», Кавалевіча К.М. «Анатамічная зменлівасць артэрыі верхняй канцавіны пры сіндромах Патау, Эдвардса, Даўна і анэнцефаліі» альбо І.Я. Лагодскай «Якасная ацэнка зменлівасці анатамічных структур твару ў нованароджаных пладоў з некаторымі сіндромамі множных парокаў развіцця». Выпадковасці ў вывучэнні пазначанай тэматыкі зусім няма, таму што колішні загадчык кафедры анатоміі чалавека (1982 – 2001 гг.) С.С. Усоеў, выхаванец мінскай школы грунтоўна займаўся генетыкай і тэраталогіяй, абараніў у 1980 годзе доктарскую дысертацыю «Дэрматагліфіка ў клініцы (морфагенетычныя аспекты, выкарыстанне ў дыягностыке храмасомных хвароб і медыка-генетычным прагназаванні)», і, натуральна, гэта мела ўплыў на навуковыя даследванні супрацоўнікаў кафедры. Акрамя таго С.С. Усоеў прывёз шмат прэпаратаў пладоў з народжанымі анамаліямі з папярэдняга месца працы. Прыгатаваннем падобных прэпаратаў займаўся і іншыя выкладчыкі, напрыклад, адзін першых экспанатаў (сіямскія блізняты) быў прыгатаваны Лойкам Р.М., які пазней, ў 90-я гады, узначаліў кафедру анатоміі Гомельскага дзяржаўнага медыцынскага ўніверсітэта. Паступовае павелічэнне колькасці прэпаратаў прывяло да адкрыцця экспазіцыі «Гарадзенская кунсткамера» у 2013 годзе. Магчымым гістарычным падмуркам можа з'яўляцца факт існавання ў Гародні з 1775 па 1781 г медыцынскай акадэміі пад кіраўніцтвам Жана Эмануэля Жылібера, у складзе якой існавала свая калекцыя монстраў.

Кафедра дзіцячай хірургіі таксама даволі актыўна працуе у прызначаным накірунку, займаючыся ў цяперашні час аптымізацыяй хірургічнага лячэння прыроджанай непраходнасці страваводу, страўніка і кішачніка ў дзяцей. Гэта абумоўлена штогадовым паляпшэннем якасці ультрагукавой дыягностыкі, якая дазваляе выяўляць парокі, сачыць за станам плада і рабіць высновы аб магчымасцях карэкцыі пасля

нараджэння дзіцяці. З адваротнага боку вельмі важна, каб роды ў такіх выпадках адбываліся ў перынатальных абласных цэнтрах з магчымасцю аказання патрэбнай высакаякаснай дапамогі без неабходнасці транспартыроўкі немаўля на значную адлегласць. Раней кафедра дзіцячай хірургіі актыўна займалася і праблемамі артапедыі. У 1989 годдзе асыстэнт кафедры У.У. Лашкоўскі ўзначаліў дзіцячае артапедатраўматалагічнае аддзяленне і вынікам яго навуковых даследаванняў была абарона кандыдацкай дысертацыі «Стандарты дыягностыкі і лячэння прыроджанага вывіха сцягна у дзяцей першага года жыцця». Пры адсутнасці іншых абароненых дысертацый у галіне дзіцячай хірургіі трэба адзначыць, што гэта хіба пытанне часу, таму што супрацоўнікі яе актыўна займаюцца карэкцыйнай разнастайных парокаў развіцця – гіпаспадзя, вады страваводу, мачацечнікаў і інш. Зноў такі з гістарычнага пункту гледжання трэба адзначыць, што яшчэ ў 1895 годзе ў Вільні дзейнічаў шпіталь для дзяцей, дзе выконваліся, у тым ліку, і аперацыі з нагоды гіпа- і эпіспадзіі.

Прадстаўнікі педыятрычных кафедр вывучалі клінічныя маркеры НО-залежнай дысфункцыі эндатэлія пры народжаных пароках сэрца (Бердоўская А.М.), уплыў спадчынных фактараў і фактараў навакольнага асяроддзя на гідроліз лактазы ў дзяцей-блізнят (Лашкоўская Т.А), прагназаванне і прафілактыка пагражальных жыццю арытмій у дзяцей з малымі анамаліямі сэрца (Томчык Н.В.).

Безумоўна, поспехі ў вывучэнні нараджаных вад развіцця немагчымы без даследавання непасрэдна этыялагічных фактараў, якія ўплываюць на фармаванне анамалій. У гэтай сувязі трэба ўзгадаць працы Ю.І. Бандажэўскага «Эмбрыялетальнае і тератагеннае дзеянне оксітыяміна», Ю.М. Емельянчыка «Уплыў інфракраснага імпульснага лазэрнага выпраменьвання на раннія этапы эмбрыягенеза і фарміраванне косцявога шкілета ў эмбрыянальным перыядзе». Акрамя таго супрацоўцы кафедры гісталагіі Траян Э.І. і Міхальчук А.Ч. вывучалі уздзеянне інкарпарыраваных радыёнуклідаў на морфафункцыянальныя якасці мочапалавых органаў нашчадкаў белых пацукоў. Дарэчы з 1998 года гэтай кафедрай вядуцца даследаванні па ўплыву халестаза ў розныя тэрміны цяжарнасці на морфафункцыянальныя якасці органаў стрававальнай і мочапалавой сістэм і магчымасці іх карэкцыі. Магчыма халестаз не з'яўляецца непасрэдным тэратагенным фактарам, аднак развіццё эмбрыёна ва ўмовах парушанага метабалізма і гемеастаза не можа не прывесці да марфалагічных змен, што і можа быць падмуркам народжаных анамалій.

Такім чынам, можна сцвярджаць, што сярод прадстаўнікоў гарадзенскай медыцынскай навукі пераважаюць даследаванні па вывучэнню этыялагічных фактараў узнікнення прыроджаных анамалій, іх марфалагіі і карэкцыі. У той жа час практычна адсутнічаюць

диссертационные работы, посвященные профилактическим мерам либо своевременному выявлению паразитов.

Поддубный М.В.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБЩИНЫ СЯТОЙ ЕВГЕНИИ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*ФБГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН,
Москва, Россия*

Община святой Евгении (первоначальное название – Санкт-Петербургский попечительный о сестрах Красного Креста комитет) была учреждена в начале апреля 1882 г. в Санкт-Петербурге. Поводом для ее создания послужило то, что часть сестер – участниц Русско-турецкой войны 1877–1878 гг. и Ахал-Текинской экспедиции 1880–1881 гг. в тот момент оказались без работы и средств.

Медицинский персонал Общины св. Евгении был широко задействован в ходе войн, которые вела Россия в начале XX в. Например, в период Русско-японской войны Община смогла командировать на Дальний Восток 16 отрядов из 240 сестер [1].

На момент начала Первой мировой войны в Общине насчитывалось 218 сестер: 86 штатных, 100 сестер запаса и 32 испытываемых. В ходе войны лечебные учреждения Общины направлялись на фронт в 4 очереди. В начале августа 1914 г. отбыли в действующую армию 200-кочный госпиталь и лазарет имени князей Волконских на 50 коч, спустя 2 недели – 200-кочный госпиталь имени графини Е.В. Шуваловой и этапный лазарет имени В.Л. Голубева. В сентябре 1914 г. Община направила на фронт учреждения третьей очереди – этапный лазарет имени Греческой колонии на 50 мест и госпиталь на 200 коч имени Общества для продажи изделий русских металлургических заводов. Четвертая очередь (октябрь 1914 г.) включала госпиталь имени Грозненского нефтепромышленного общества на 200 коч [2].

Всероссийская известность Общины была связана с начавшейся в 1896 г. деятельностью по выпуску художественных изданий, в первую очередь почтовых открыток – знаменитых «открытых писем в пользу Общины св. Евгении». Итогом издательской деятельности Общины стал выпуск ряда художественных книг и свыше 6400 наименований открыток общим тиражом около 30 млн экземпляров. Совокупность этой продукции давно уже причисляется специалистами к числу выдающихся феноменов российской культуры начала XX в.

К началу Русско-японской войны Община св. Евгении являлась уже крупнейшим «открыточным» русским издательством, при нем три года действовала особая комиссия по изданиям, в составе которой были такие

выдающиеся художники и деятели искусства, как А.Н. Бенуа, В.Я. Курбатов, Н.К. Рерих, С.П. Яремич и др.

На открытках появляются произведения признанных мастеров русской живописи, как например знаменитый цикл из четырех «госпитальных» сюжетов В.В.Верещагина (1904). Этот цикл был выполнен художником еще в 1901 г. во время пребывания на Филиппинах. Эпизоды относятся к американо-филиппинской войне 1899–1901 гг., а появление их в 1904 г. на открытках Общины св. Евгении было безусловно связано с начавшейся войной с Японией.

Разумеется и Первая мировая война находила отражение на открытках Общины, а среди ее сюжетов есть настоящие шедевры.

В первую очередь нужно назвать серию открыток по рисункам М.В. Добужинского, две из которых – «Сестра в санитарном поезде» (№ 5912, 1915) и «Сестра милосердия» (№ 5913, 1915). Как справедливо пишет об этих работах исследователь русской графики Н.А.Мозохина, «это одни из самых глубоких и проникновенных по своему содержанию рисунков всей русской открытки начала XX века, обычно отличающейся поверхностностью и развлекательным аспектом» [3]. К этой же серии относится и карандашный рисунок Добужинского «В санитарном вагоне» (1914), ныне хранящийся в Государственном Русском музее.

В январе 1915 г., спустя два дня после получения складом Общины тиража открыток М.В. Добужинского, в каталоге зафиксирована «Сестра милосердия» художника В.А. Боброва (№ 5896) – автора нескольких женских «головок», ранее выходивших на открытках Общины.

На открытках периода Первой мировой войны имеется несколько сюжетов с представительницами правящей династии, в первую очередь сестрами Общины св. Евгении, работавшими в госпитале Зимнего дворца: «Ее Императорское Высочество великая княгиня Мария Павловна – сестра Общины св. Евгении» (№ 5820, 1914), «Ее Императорское Высочество великая княгиня Мария Павловна среди больных и раненых» (№ 5821, 1914), «Ее Императорское Высочество великая княгиня Ольга Александровна – сестра Общины св. Евгении» (№ 5911, 1915), «Ее Императорское Высочество государыня императрица Александра Федоровна с дочерьми в госпитале» (№ 5925, 5935, 1915).

Появление такого сюжета, как «Раненый и сестра милосердия» Марии Диллон (5822–5823, 1914), свидетельствует о том, что образ сестры милосердия к тому времени прочно закрепился среди символов войны.

Помимо открыток, Община св. Евгении выпустила в свет значительное количество книг. Характерно, что первым книгоиздательским опытом, еще до создания издательства Общины, стал выпуск в 1894 г. пособия по оказанию первой медицинской помощи и 8 «стенных картин» на ту же тему, выполненных методом хромолитографии с акварелей В.П.Шрейбера. В качестве автора в обоих изданиях фигурировал выдающийся ортопед-

травматолог Г.И.Турнер, при этом в предисловии к пособию отмечалось, что «8 стенных картин ...высоко оценены проф. Эсмархом» [4].

Особое место среди этих изданий занимает пособие по оказанию первой помощи, выпущенное Общиной св. Евгении в 1915 г. Карманного формата книжка выпущена в твердом переплете и на хорошей английской бумаге. Составителем был врач Общины доктор медицины Н.В.Шварц, автором рисунков значился на титуле художник Н.В.Зарецкий.

К тому времени имя бывшего офицера-кавалериста Николая Васильевича Зарецкого уже было известно русской художественной публике: в 1912 г. Община св. Евгении издала альбом «Русская армия в 1812 году» с его рисунками генералов, солдат и ратников ряда полков и ополчений. Подарочный вариант альбома в декабре 1912 г. был преподнесен императору Николаю II председательницей Общины Е.Ф.Джунковской.

Таким образом, заказывая рисунки для книги о первой помощи, издательство Общины св. Евгении обращалось к «своему» автору. Всего в пособие вошло 86 рисунков мастера, выполненных тушью, из них один («Ход кровеносных сосудов человеческого тела») – в три краски.

Судьба книги оказалась незавидной. Подготовленная к печати летом 1914 г., она вышла в свет только в следующем, уже военном, году. В 1918 г. умер автор предисловия – старший хирург Общины К.А.Вальтер, автор рисунков Н.В.Зарецкий вскоре оказался в Константинополе, проделав затем классический путь русской эмиграции: Берлин, Прага, Париж и завершив жизненный путь в 1959 г. Русском доме Земгора под Парижем. В 1918 г. прекратила деятельность и сама Община св. Евгении.

Часть тиража книги, очевидно, осталась нереализованной. Все это превратило пособие «Первая помощь в несчастных случаях до прибытия врача» в библиографическую редкость. Последним объясняется то, что о «медицинских» рисунках Н.В.Зарецкого даже не упомянуто в единственной биографической статье о нем Е.М.Букреевой.

Между тем серия из 86 рисунков на темы первой помощи представляет собой работу крупного мастера, некоторые из этих рисунков вполне могут и сегодня украсить аналогичное пособие, учебник по травматологии или военно-полевой хирургии. Мы лишь повторим сказанное о них почти столетие назад К.А.Вальтером: «Своеобразная штриховая манера этих рисунков, придающая им при всей их простоте особенную выпуклость и силу, свидетельствует о большом искусстве художника, сумевшего вполне усвоить мысль автора и давшего не шаблонные иллюстрации, а действительно художественное дополнение к его труду» [5].

Таким образом, культурный феномен издательской деятельности Общины св. Евгении позволяет открывать в том числе и новые страницы истории медицины Россииконца XIX–начала XX в.

Литература

1. Третьяков В.П. Открытые письма Серебряного века. – СПб, 2000. – С. 244–272.
2. Сестры милосердия России. – СПб: Лики России, 2005. – С. 118–130.
3. Мозохина Н.А. Открытки Общины св. Евгении как художественный проект мастеров объединения «Мир искусства». Проблемы истории и художественной практики. Автореф. дис. ...канд. искусствоведения / С-Пб гос. академич. ин-т живописи, скульптуры и архитектуры им. И.Е.Репина. – СПб, 2009.
4. Первая помощь в несчастных случаях до прибытия врача. – Сост. д-р Г.И.Тернер, рис. В.П.Шрейбера / Изд. Ея Имп. Высочества Принцессы Евгении Максимилиановны Ольденбургской. – СПб: Торг. дом Н.Фену и К, 1894. – 59 с.
5. Первая помощь в несчастных случаях до прибытия врача. – Сост. д-р м-ны Н.В.Шварц, рисунки работы Н.В.Зарецкого / Изд. Общины св. Евгении – Петроград, 1915. – 83 с.

Поземковска М.

ПОГУЛЯНКА СТО ЛЕТ НАЗАД

Рижский университет им. Страдыня, Латвия

Со второй половины XIX века Двинск являлся одним из торговых центров Западной России. До 1893 г. город назывался Динабургом, а с 1920 года – Даугавпилс. Новое значение город приобрёл со строительством участков железной дороги Санкт-Петербург–Варшава в 1860–1862 годах, линии из Риги (1861), Витебска (1866) и Радзивиличи (1873).

В 1914 г. население города составляло 112 837 человек. Двинск был крупнейшим городом Витебской губернии по населению и промышленному обороту (ныне второй по величине и значению город Латвии после столицы Риги), но теперь в городе живут чуть меньше людей чем до Первой мировой войны.

В 1883 г. в пригороде (в 7 км от центра) в сосновом бору, у живописного берега Даугавы (реки Западная Двина) графом Плятером–Зибергом (1850–1922) основана кумысо–водо–грязе лечебница, вокруг которой в лесу вырос дачный посёлок.

Местом для открытия лечебницы был выбран район Погулянки. О том, почему у местности такое название, гласит одна легенда. Здесь, посреди леса, в XVIII веке поселились староверы, ища спасения от гонений в Российской Империи. И, якобы, в то же время там был сооружен каба́к, который стал посещаемым местом для выпивки и гуляний. Оттуда и повелось – «Погулянка», местные жители этот район так называют до сих пор.

В начале XX века и во время Латвийской Республики (1918–1940) в этой курортной зоне отдыхали и лечились местные жители, приезжие, и

многие владельцы недвижимости в Погулянке сдавали внаём комнаты или дачи на лето.

Погулянка начиналась скоплением деревенских домиков на высоком берегу реки над самым обрывом, которые тянулись до холма Ноишевского, где до Первой мировой войны стояла его глазная лечебница. Доктор Казимир Ноишевский (Noiszewski; 1857–1930) родился в Вильнюсе, окончил медицинский факультет Московского университета (1883), продолжал образование за границей и после возвращения в Россию в 1886 году поселился в Динабурге (позже Двинске), где прожил до 1918 г. Сначала К. Ноишевский открыл глазную лечебницу на 6 коек в городе, а затем (в 1887 году) клинику на 30 коек в Погулянке. Эта клиника размещалась в двухэтажном деревянном доме и сгорела во время Первой мировой войны.

Доктор Ноишевский долгие годы был председателем местного медицинского общества. Кроме того, он был председателем городской думы Двинска (1910–1912). Получил звания приват-доцента в Петербургской Военно-медицинской академии (1908), профессора Вильнюсского университета (1919) и Варшавского университета (1921).

Лечебница Плятеров–Зиббергов просуществовала более 30 лет. Вокруг был разбит обширный парк, прилегающая территория активно застраивалась дачами, пансионами. Между Двинском и Погулянкой по Даугаве было налажено пароходное движение. В конюшне частного санатория для производства кумыса содержались около 90 кобылиц.

Во время Первой мировой войны и затем Освободительной войны Латвии (1918–1920) территория Погулянки сильно пострадала, пришла в запустение. Граф пытался восстановить курорт, но своими средствами это у него не получилось. Кумысолечебница была закрыта, зато была восстановлена гостиница, грязелечебница, вместо курзала был открыт ресторан.

В 1937 г. Погулянка переименована Межциемс (в переводе с латышского языка «лесной посёлок»). В 1938 году была построена и открыта железнодорожная станция Межциемс и достроено шоссе до санатория. Торжественное открытие обновленного санатория состоялось 19 июня 1939 г., но Вторая мировая война опять разгромила санаторий. Сразу после войны Управление санаториями и курортами ВЦСПС приступило к восстановлению Погулянской здравницы, и в феврале 1947 г. был открыт всесоюзный санаторий «Межциемс» на 80 коек, а со временем санаторий расширился до 180 мест. Санаторий закрыли 1 июня 1991 г., но это уже другой рассказ об утраченном в истории медицины.

Литература:

1. Гирш. Кумысное и водолечебное заведение Погулянка // Нива. – 1889. – №23. – с. 590.
2. Погулянка – жемчужина Латгалии // Двинский Голос. – 1933. – 30 мая.

3. Якуб З. И. Курорт Погулянка (Историческая справка) // Из истории медицины. – Рига, 1979. – т. XI – с. 146–151.

4. Vīksna A. Latgales ārsti un ārstniecība (1772–1918). – R.: LU. – 2004. – 212 lpp.

Помалейко О.Л.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ БЕЛАРУСИ В 1904–1914 ГГ.

*УО «Академия Министерства внутренних дел Республики Беларусь»,
Минск, Беларусь*

Сострадание и милосердие, как важнейшие черты нашей традиционной ментальности, особо востребованные в начале XX в., не потеряли свою актуальность и сегодня. Мы считаем очень важным передать опыт, накопленный историей нашей страны в период с 1904 по 1914 гг. Эти чуть более 10 лет – о помощи сестер милосердия населению в мирное время, их деятельности в период эпидемий, службе в годы русско-японской войны и первые месяцы Первой мировой. Пример сестер милосердия, отдавших делу служения ближним не только свои время, частичку себя, любовь, но подчас и свои здоровье и жизнь, полагаем, может играть важную роль в воспитании молодого поколения в духе нравственности и гуманности.

На территории Беларуси в рассматриваемый период функционировало 6 общин сестер милосердия (ОСМ): Виленская Мариинская ОСМ (с 1888 г.), Витебская ОСМ (с 1892 г.), Могилевская Александринская ОСМ (с 1895 г.), Гродненская ОСМ (с 1900/1 г.), Белостокская ОСМ (с 1902 г.) и Минская ОСМ (с 1903 г.). Их основная цель заключалась в подготовке сестер милосердия «для безвозмездного служения больным и раненым». Например, Минская и Могилевская Александринская общины со дня своего основания и до 1915 г. подготовили 143 и 280 сестер милосердия соответственно.

В общинах состояли испытываемые и штатные сестры. Так, численность штатных сестер Виленской Мариинской ОСМ до 1908 гг. варьировалась от 1 до 28; испытываемых от 4 до 31, Витебской ОСМ до 1904 г. – от 1 до 16 и от 5 до 11, а с 1910 по 1914 гг. – от 27 до 33 и от 7 до 9 соответственно. Те сестры, которые по тем или иным причинам, в большей степени «по домашним обстоятельствам», вынуждены были оставить общину, зачислялись в запас.

Сестры милосердия несли службу в основанных при общинах амбулаториях, больницах и аптеках. Помимо этого, откомандировывались, по возможности, на службу в гражданские больницы и военные госпитали. Например, сестры милосердия Виленской Мариинской ОСМ – в высшее

женское Мариинское училище, Виленский и Рижский военные госпитали; Минской ОСМ – в губернскую земскую больницу, амбулаторию Почтово-телеграфного округа, зубоврачебную школу; Могилевской ОСМ – в Могилевскую, Гомельскую и Оршанскую больницы, Витебской ОСМ – в Витебскую городскую больницу, Двинский военный госпиталь [1, с. 15–46]. Помимо этого общины направляли своих сестер для службы в летучих окулистических отрядах, ежегодно функционировавших в разных местностях края.

Ухаживали сестры за больными и в частных домах. Так, по данным на 1913 г. на частной практике сестры милосердия Минской ОСМ провели 1758 дней и 320 ночей, Витебской – 3390 дней.

Воспитанницы общин неоднократно командировались на борьбу с эпидемиями. Так, сестры милосердия Минской ОСМ в 1910 г. приняли участие в ликвидации очагов эпидемий холеры, тифа, скарлатины и оспы в уездах Минской губернии; Витебской ОСМ в 1913 г. – эпидемиитифа в пределах родной губернии. Также сестры милосердия направлялись на борьбу с эпидемиями и за пределы Беларуси. По данным на 1911 г. Минская ОСМ отправила для лечения истощенных людей 3 отряда сестер по 6 в каждом в Акмолинскую и Закаспийскую области Тобольской губернии, где свирепствовал голод. Витебская ОСМ в помощь жителям селений Уфимской и Оренбургской губерний, пострадавших от неурожая хлебов, командировала 7 своих воспитанниц. Сестре милосердия этой общины, А. Курятниковой, за оказание в течение 6 месяцев «врачебно-питательной помощи беднейшему населению» 6.07.1912 г. от благодарных жителей Тептяро-Учалинской волости Верхнеуральского уезда Оренбургской губернии был преподнесен адрес (более 100 подписей). Ей же, помимо этого, а также сестре милосердия М. Касаткиной 15.05.1914 г. Главным управлением (ГУ) Российского общества Красного Креста (РОКК) «за отлично-усердную службу» в отрядах Красного Креста были пожалованы серебряные нагрудные медали с надписью «за усердие» на Аннинской ленте.

Анализ отчетов местных управлений РОКК и ОСМ в Беларуси показал, что деятельность сестер милосердия отличалась добросовестностью и самоотверженным уходом. Не раз сестры удостоивались благодарностей.

Особого внимания заслуживает деятельность сестер милосердия в периоды военных действий. Так, в годы русско-японской войны 1904–1905 гг. для оказания помощи больным и раненым воинам на фронт были командированы от Виленской Мариинской общины: 3 июня 10 сестер милосердия с Виленским госпитальным отрядом Красного Креста, 4 июля 4 сестры в составе 12-го Сибирского военно-санитарного поезда; 26 октября 6 сестер в составе 3-го отряда, посланного общиной в помощь первому, работавшему в Никольске-Уссурийском. От Гродненской ОСМ

на Дальний Восток были отправлены 6 воспитанниц общины: Е. Григорьева, А. Назарцева, Е. Чухлова, М. Кенадзская, Н. Смоленская, Е. Вильямович. От Могилевской Александринской ОСМ – настоятельница общины Ю. Малышева и 7 сестер милосердия: А. Воеводина, А. Зарникова, М. Сорокина, Л. Чаплинская, А. Закревская, В. Касперович и С. Слуцкая. От Витебской ОСМ – В. Варавва, Е. Василькова, О. Василькова, А. Владимирова, О. Дитченко, Л. Осипова, Е. Сивицкая и Е. Субботина. Установлено, что сестры милосердия Витебской общины пробыли в командировке на Дальнем Востоке с 20 августа 1904 г. по 21 сентября 1905 г. Приняли участие в Мукденских боях и были в плену у японцев. В отчете Витебского управления РОКК отмечено, что сестры общины «...своей самоотверженной и энергичной работой на передовых позициях под огнем неприятеля, заслужили весьма лестные отзывы не только главного начальства, но и были награждены серебряными медалями с надписью «за храбрость» на Георгиевской ленте [2, л. 2,13].

Сложным испытанием стала Первая мировая война. В первые военные месяцы сотни сестер милосердия были командированы в госпитали, военно-санитарные поезда, лазареты общин и иные лечебные учреждения. Например, Гродненская ОСМ направила как минимум 48 сестер, в том числе в: военный госпиталь в Гродно – 16, подвижной лазарет общины КК – 7, 500-й полковой подвижной госпиталь – 4, в санитарные поезда № 117 и № 2211 – 2; Витебская ОСМ – 68 сестер: г. Вильно – 11; г. Двинск – 25, госпиталь при общине – 10; госпиталь общины КК – 16, полковые запасные госпитали – 4.

Согласно списку сестер милосердия РОКК от 1.08.1915 г., составленного мобилизационным отделом канцелярии ГУ РОКК, все указанные выше 6 общин для ухода за ранеными и больными в лечебные учреждения Красного Креста откомандировали 965 сестер (из них как минимум 450 сестер военного времени). Больше всех направила Минская ОСМ – 255.

Многие сестры были удостоены высоких наград. Так, приказами Главнокомандующего армиями Северо-Западного фронта от 31.03.1915 г. за № 896 и от 6.04.1915 г. за № 947 за «отлично усердную службу» золотыми нагрудными медалями на Аннинской ленте были награждены следующие сестры милосердия Витебской ОСМ: М. Шиманская, Е. Мижевич, М. Грицевич, М. Самоварова, Е. Мицкевич, М. Сидорчук, М. Касаткина, А. Курятникова, А. Самоварова, Е. Каптелова, Е. Кораго, Д. Луговская, Е. Шутко, С. Верещако, А. Фащевская, Т. Павленко, М. Паникова, О. Ширкевич, А. Богданович. Они же, за исключением первых трех, приказом Главнокомандующего армиями Западного фронта от 24.12.1915 г. за № 2713 также были награждены серебряными шейными медалями на Владимирской ленте с надписью «за усердие» [3, л. 1–2 об.].

Таким образом, воспитанницы ОСМ в начале XX в. несли нелегкую службу не только в амбулаториях и больницах общин, но и в гражданских лечебных учреждениях, на частной практике. Неоценимый вклад был внесен сестрами милосердия в дело ухода за ранеными и больными в военное время. Исполняли свои обязанности «в высшей степени добросовестно и аккуратно, обнаруживая при том хорошую медицинскую подготовку».

Литература:

1. Помалейко, О.Л. Женские организации в Беларуси на рубеже веков (конец XIX – начало XX в.) / О.Л. Помалейко; науч. ред. И.Р. Чикалова. – Минск : Тесей, 2012. – 128 с.
2. Дело о представлении к наградам медицинского персонала за оказание помощи больным и раненым воинам // НИАБ. – Фонд 2529. – Оп. 1. – Д. 334. – Л. 1–41.
3. Список сестер милосердия, награжденных медалями // НИАБ. – Фонд 2529. – Оп. 1. – Д. 499. – Л. 1–3.

Попова С.А.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

Ультразвуковое исследование (УЗИ) – метод диагностики, который является одним из основных инструментов современной медицины и применяется практически во всех её областях. Будучи довольно молодым методом, УЗИ совершило настоящий переворот, обеспечив врачей мощным, быстрым, безопасным, информативным и достоверным инструментом обследования пациентов для выявления широкого круга заболеваний. Но как ультразвук попал в арсенал медиков и что этому предшествовало?

Истоки развития УЗИ как диагностического метода исследования уходят еще в те времена, когда с помощью ультразвуковых (УЗ) волн измеряли расстояние под водой. Высокочастотный сигнал, не слышимый человеческим ухом, был сгенерирован английским ученым F. Galton в 1876 г.

Прорывом в развитии УЗ технологий было открытие пьезоэлектрического эффекта. В 1880 году французские физики, братья Пьер и Поль Кюри, заметили, что при сжатии и растяжении кристалла кварца с двух сторон на его гранях, перпендикулярных направлению сжатия, появляются электрические заряды. Это явление было названо пьезоэлектричеством (от греческого «пьеzo» – «давлю»), а материалы с такими свойствами –

пьезоэлектриками. Позже это явление объяснили анизотропией кристалла кварца – разные физические свойства вдоль разных граней.

Ещё одним направлением, предшествовавшим развитию УЗ в медицине, была начатая в 30-е годы разработка импульсных УЗ-дефектоскопов металла, которые использовались для проверки целостности металлических корпусов судов, танков и другой техники. Концепция детекции металлодефектов была разработана советским ученым С.Я. Соколовым в 1928 г., а конструирование первых УЗ-детекторов и их последующее совершенствование началось в 40-х годах в США, Великобритании, Германии, Франции, Японии и в ряде других стран.

Во время первой мировой войны французский исследователь Поль Ланжевен предложил использовать пьезоэлектрический эффект для обнаружения подводных лодок. Если пьезоэлектрик встречает на своем пути ультразвуковую волну от винта лодки, которая распространяется со скоростью 1460 км/с, то она сжимает его грани, и на них появляются электрические заряды. Сжимаясь и разжимаясь, кристалл как бы генерирует переменный электрический ток, который можно измерить чувствительными приборами. Если же к граням кристалла приложить переменное напряжение, он сам начнет колебаться, сжимаясь и разжимаясь с частотой переменного напряжения. Эти колебания кристалла передаются среде, граничащей с кристаллом (воздуху, воде, твердому телу). Так возникает ультразвуковая волна. Ланжевен попробовал зарядить грани кварцевого кристалла электричеством от генератора переменного тока высокой частоты. При этом он заметил, что кристалл колеблется в такт изменению напряжения. Чтобы усилить эти колебания, ученый вложил между стальными листами-электродами не одну, а несколько пластинок и добился возникновения резонанса – резкого увеличения амплитуды колебаний. Эти исследования Ланжевена позволили создавать ультразвуковые излучатели различной частоты. Позже появились излучатели на основе титаната бария, а также других кристаллов и керамики, которые могут быть любой формы и размеров.

Впервые в медицине УЗ начали применять в качестве метода лечения в конце 20-х – начале 30-х годов XX века.

В 40-х годах УЗ использовали с целью облегчения боли при артритах, язвенной болезни желудка, в лечении экземы, астмы, тиреотоксикоза, геморроя, недержания мочи, элевантиаза и даже стенокардии.

Применение УЗ в качестве диагностического метода обнаружения опухолей, экссудатов и абсцессов в 1940 г. впервые предложили немецкие клиницисты Н. Gohr и Т. Wedekind. По их мнению, такая диагностика могла основываться на отражении УЗ-волны от патологических объемных образований головного мозга (принцип работы дефектоскопа металлов). Однако они так и не смогли опубликовать убедительных результатов своих экспериментов, в связи с чем их исследования не имели популярности.

В 1950 г. американские нейрохирурги W. Fry и R. Meyers использовали УЗ для разрушения базальных ганглиев у пациентов с болезнью Паркинсона. УЗ-энергию с успехом начали применять в терапии и в реабилитационной медицине. Так, J. Gersten (1953) использовал УЗ для лечения больных с ревматоидным артритом.

Ряд других клиницистов (P. Wells, D. Gordon, Великобритания; M. Arslan, Италия) применяли УЗ-энергию в лечении болезни Меньера.

Основателем диагностического УЗИ считается австрийский невролог, психиатр K.T. Dussik, впервые применивший УЗ с диагностической целью. Он определял местонахождение опухолей головного мозга путем измерения интенсивности прохождения УЗ-волны сквозь череп. В 1947 г. K.T. Dussik представил результаты исследований и назвал свой метод гиперфонографией. Однако позже немецкий клиницист W. Guttner и соавт. (1952) патологию натаких УЗ-снимках расценили как артефакты, поскольку K.T. Dussik за патологические образования принимал ослабление отражений УЗ-волны от костей черепа.

G. Ludwig (США, 1946) проводил эксперименты на животных по выявлению инородных тел (в частности конкрементов в желчном пузыре) с помощью УЗ-волн. Через три года результаты его исследований были официально обнародованы. При этом автор отметил, что отражение УЗ-волн от мягких тканей мешает достоверной интерпретации полученных результатов такой УЗД. Однако, несмотря на это, исследования G. Ludwig внесли определенный вклад в развитие УЗД в медицине, в ходе которых ученый сделал ряд важных открытий. Он, в частности, определил, что диапазон скорости передачи ультразвука в мягких тканях животных составляет 1490-1610 м/сек (в среднем 1540 м/сек). Эта величина УЗ-волны и сегодня используется в медицине. Оптимальная частота УЗ, согласно данным исследователя, составляет 1-2,5 МГц.

Английский хирург J.J. Wild в 1950 г. начал исследование возможности применения УЗ для диагностики хирургической патологии – кишечной непроходимости. Работая в США совместно с инженером D. Neal, он обнаружил, что злокачественные опухоли желудка обладают большей эхогенной плотностью по сравнению со здоровой тканью.

Год спустя американский радиолог D. Nowgy с коллегами (директором лаборатории медицинских исследований J. Homles и инженерами W.R. Bliss, G.J. Posakony) разработали УЗ-сканер с полукруглой кюветой, имеющей окно. Пациента пристегивали ремнем к пластмассовому окну, и он должен был оставаться неподвижным в течение длительного времени исследования. Аппарат назывался сомаскоп, сканировал органы брюшной полости, а полученные результаты получили название сомаграммы. Вскоре этими же исследователями (1957) был разработан кюветный сканер. Пациент сидел в видоизмененном стоматологическом кресле и был

закреплен напротив пластмассового окна полукруглой кюветы, заполненной соевым раствором.

В 1963 г. в США был разработан первый контактный сканер, управляемый рукой. Это было начало этапа становления наиболее популярных статических УЗ-аппаратов в медицине.

Использование УЗД в акушерстве и гинекологии начинается с 1966 г., когда происходит активное становление и развитие центров по применению УЗ в различных сферах медицины в США, в странах Европы и в Японии.

Первопроходцем в области гинекологической УЗД стал австрийский врач А. Kratochwil. В 1972 г. он успешно продемонстрировал возможность визуализации овариальных фолликулов с помощью УЗ и вскоре стал наиболее известным УЗ-диагностом того времени.

Таким образом, с конца 50-х годов прошлого века в разных странах – США, Германии, Великобритании, Австралии, Швеции, Японии – начали проводиться исследования по возможности применения УЗ с целью диагностики заболеваний. В основе их проведения использовались принципы гидролокации (А-режим УЗ-волн) и радиолокации (В-режим).

Пуртов А.В.

МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ РЕКРУТОВ В ВИТЕБСКОЙ ГУБЕРНИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА

УЗ «Россонская ЦРБ», г.п. Россоны, Витебская обл., Беларусь

Призывом новобранцев в действующую армию на территории Витебской губернии во второй половине XIX в. занималось по воинским делам присутствие, которое структурно подразделялось на уездные, городские и губернское присутствия. В медицинском отношении на уездные и городские по воинским делам присутствия возлагалось проведение медицинского освидетельствования и определение степени годности к военной службе. Для этого в присутствия назначались два медика: один от гражданского, а другой от военного управления, а также военный приемщик, в губернские присутствия - также два медика.

Способность рекрута к военной службе составляли три качества: возраст, рост и здоровье. И если степень годности по первым двум критериям, на основании законов, определяли гражданские и военные чиновники, то определение последнего входило в функции врачей, принимавших участие в рекрутском наборе. Врачи на время призыва приглашались из Витебской врачебной управы, которая была образована в 1802 г., а в 1865 г. реорганизована во врачебное отделение Витебского губернского прав-

ления. Участие врачей в делах присутствия ограничивалось документальным оформлением степени годности рекрута к службе.

Если до 1856 г. в связи с частыми войнами и из-за острой нехватки солдат, в рекруты принимались новобранцы крепкого телосложения от 12 лет и старше, независимо от роста, а также имеющие недостатки, которые не могли препятствовать маршировке, ношению амуниции, владению оружием, то после заключения Парижского мира рекрутская повинность стала менее «жесткой».

Манифестом от 26 августа 1856 г. отменялись рекрутские наборы на 1856-59 гг., а впоследствии эта льгота была продлена еще на три года. С 1863 г. наборы возобновились по ежегодным особым законодательным постановлениям. Из рекрутского устава постепенно устранялись все тягостные условия отбывания рекрутской повинности. Последний рекрутский набор по старым правилам был произведен в январе 1874 г. А новый устав о воинской повинности был утвержден 1 января 1874 г.

Поступление на службу решался жребием, который вытягивался призывником один раз на всю жизнь. Ежегодно призывался только один возраст населения, а именно молодые люди, которым к 1-му января того года, когда набор проводился, исполнялось двадцать лет. Наименьший рост для приема на военную службу составлял два аршина и два с половиной вершка. Врачами освобождались от службы те, которые, «вследствие телесных недостатков или болезненного расстройства, совершенно неспособны к военной службе». Исключение составляли только умышленные членовредители.

Для определения степени годности по состоянию здоровья медики пользовались «Расписанием телесных недостатков и болезней, препятствующих приему на службу». Кроме того, использовали «Наставления присутствиям по воинской повинности относительно порядка освидетельствования вынудивших жребий лиц», которые издавались министерством внутренних дел и военным министерством по согласованию с Медицинским советом.

Болезни, при которых новобранец признавался не годным к службе делились на душевные (дурачество, безумие), внутренние болезни (эпилепсия, паралич, повсеместная водяная болезнь, сухотка, чахотка, любострастная болезнь (сифилис), цинга, золотуха, завалы внутренностей, застарелые почечуи (геморрой), каменная болезнь, одышка (астма)), наружные болезни (ломота (артриты), опухоли, расширение крововозвратных жил, тугость членосоединений, болезни глаз, чрезмерное мочеиспускание (диабет), телесные недостатки и уродливости.

Важной задачей, стоящей перед врачом того времени, также стояло медицинское освидетельствование рекрутов на предмет «притворных» и «подложных» болезней. К распространенным притворным болезням среди призывников относили глупость и сумашествие, одышку, кро-

вохарканье, боли в животе, сердцеболенье, непроизвольное течение мочи, выпадение заднего прохода.

Часто рекруты имитировали болезнь или патологическое состояние, которые характеризовались как подложные болезни: искусственные раны, искусственные опухоли, воспаления и нагноения.

Особой задачей перед врачебной комиссией стояло выявление «утаиваемых» болезней. Часто утаивали болезни те рекруты, которые поступали на службу для своей выгоды, а спустя некоторое время объявляли о своей болезни и получали отставку. Чаще всего скрывали ломоту, туберкулез на начальных стадиях, эпилепсию, мочекаменную болезнь и камни желчного пузыря, слабое зрение, одышку, выявление которых не представляло значительных трудностей для опытного врача.

Если призывник признавался врачами «недостаточно одержимым такой болезнью, которая не признается совершенно освобождающей от службы», а также если он не полностью поправлялся после недавно перенесенной болезни, то ему предоставлялась отсрочка на один год.

Те из рекрутов, которые на призывном пункте объявляли себя больными или если у врача появлялось подозрение, что призывник имитирует болезнь, направлялись в ближайший госпиталь или больницу на углубленное медицинское обследование. Так же поступали и с теми, кто пытался искусственно вызвать у себя болезнь. Лечились и обследовались рекруты за счет государства, но по желанию, могли оплачивать нахождение в больнице сами.

По воинским делам присутствия могли быть не согласны с заключением медицинской комиссии о неспособности какого-либо рекрута выполнять воинские обязанности и были не обязаны подчиняться мнению врачей, производящих осмотр. Возражения заносятся в журнал уездного или городского присутствия, а губернское присутствие в таких случаях проводило дополнительное медицинское освидетельствование даже по отношению к тем лицам, в отношении которых на уездном уровне было принято единогласное решение о негодности к строевой службе. Лица, которые по результатам осмотра врачебной комиссии признавались годными к военной службе, считались принятыми на службу и сразу же заносятся в специальную приемную роспись.

Благодаря осмотру, проводимому врачебной комиссией, из рекрутов в регулярную армию попадали далеко не все. Так, в 1855 г. подлежало призыву по Витебской губернии 3278 человек, для этого было освидетельствовано 5124 молодых людей, из них признано годными к службе 3139 рекрутов, отправлено домой - 1001 человек. Из этой тысячи: 272 человека было менее нужного роста, 385 человек имели телесные недостатки, у 107 человек были обнаружены хронические заболевания. В числе телесных повреждений у обследуемых выявили: короткость ноги, недостаток зубов, неправильное развитие костей, косолапость и хромота, прира-

щение кожи к кости после раны, грыжи, выпадение заднепроходной кишки, сутуловатость и горбатость, безобразие, старообразие, слабое телосложение. Из хронических болезней были выявлены венерические болезни, расширение кровезовратных жил, хроническое воспаление глаз, тупое зрение и бельма, расположение к чахотке, падучая, слабоумие, безумие и глупость, завалы брюшных внутренностей, колтуны и трепетание сердца.

Такой порядок медицинского освидетельствования рекрутов сохранялся вплоть до 1912 г., когда был издан закон об изменении Устава о воинской повинности.

Литература:

1. Министерство внутренних дел. 1802-1902 гг. Исторический очерк. - СПб.: тип. Министерства внутренних дел, 1901. - 335 с.
2. Собрание российских законов о медицинском управлении: С 1640 по 1826 г. в 3 т. / Сост. служащий Лейб-гвардии в Улан. полку, 8 кл. д-р мед. Е. Петров. - СПб.: тип. Правительствующего сената, 1828. - 3 т.
3. Полное собрание законов Российской империи: в 50 т. Собрание 2-е. - СПб.: тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества канцелярии, 1874. - 49 т.
4. Памятная книжка Витебской губернии на 1886 год. Издание Витебского губернского статистического комитета. - Витебск: тип. Губернского правления, 1886 г. - 354 с.

Романовский И.В., Ринейская О.Н.

РОЛЬ И МЕСТО КАФЕДРЫ БИООРГАНИЧЕСКОЙ ХИМИИ БГМУ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Беларусь*

Биоорганическая химия – область химической науки, которая изучает строение, свойства и механизмы функционирования биологически активных органических молекул, в первую очередь, биополимеров и низкомолекулярных биорегуляторов и выявляет зависимость биологического действия от структуры органического вещества. Осмысление того, что «жизнь - это особая форма существования биополимерных тел (систем), характеризующихся хиральной чистотой и способностью к самоорганизации и саморепликации в условиях постоянного обмена с окружающей средой веществом, энергией и информацией» (акад. В.И. Гольданский, 1986 г.), делает особо значимой фундаментальную химическую подготовку студентов медицинских университетов. Сегодня не вызывает сомнения, что познание процессов жизнедеятельности, логики живого на

молекулярном уровне - это та основа, на которой должна строиться вся последующая медико-биологическая, клиническая и профилактическая подготовка врача. Это утверждение особенно значимо в наше время, когда стало очевидно, что взаимодействия с участием сигнальных биологически активных молекул управляют процессами жизнедеятельности, что программа жизнедеятельности клетки закодирована на молекулярном генетическом уровне в последовательности нуклеотидов в структуре нуклеиновых кислот, что в реализации этой программы основную роль выполняют белки. От стабильности генома и стабильности систем реализации закодированной информации зависят надежность передачи наследственной информации и состояние здоровья индивида.

И одной из дисциплин, изучающей строение, свойства и механизмы химических превращений органических соединений, лежащих в основе процессов жизнедеятельности, является биоорганическая химия. Особенностью биоорганического подхода является одновременное рассмотрение как строения, механизмов превращений природных органических соединений, так и их биологических функций в клетке и организме. Такой подход позволяет выявлять зависимости между пространственной организацией, свойствами соединений и проявляемой ими биологической активностью. Это важно для понимания того, почему именно эти соединения в процессе эволюции были отобраны для выполнения данных функции, а, с другой стороны, какие изменения в структуре и свойствах природных молекул и биорегуляторов приводят к тем или иным нарушениям процессов жизнедеятельности. Однако очевидно, что чисто химическая подготовка будущего врача еще не даст желаемого результата. Изучение химических дисциплин должно быть тесно увязано и интегрировано с другими дисциплинами медико-биологического профиля. Комплекс этих наук и призван изучать молекулярные процессы, лежащие в основе жизнедеятельности организмов. Очевидно, что в основе любого биологического явления лежит вполне определенный физико-химический процесс. Интегратором, объединителем всех этих дисциплин в логическую систему и является биоорганическая химия, так как понятно, что в основе любых структур клеток и тканей лежат определенные органические молекулы и их надмолекулярные комплексы. Но вместе с тем следует подчеркнуть, что материальная основа жизни не должна упрощенно сводиться ни к каким, даже самым сложным химическим образованиям и их превращениям, так как живые организмы обладают рядом необычных свойств.

С другой стороны, особенностью биоорганического подхода к изучению процессов жизнедеятельности является также использование «молекулярных моделей» - синтетических пептидов, нуклеотидов, других биологически значимых молекул и биорегуляторов, их модифицированных аналогов, проведение исследований как *in vivo*, так и *in vitro*. Такой подход позволяет рассматривать изолированно друг от друга параметры,

которые в биологических системах находятся в сложном взаимодействии, и где трудно выявлять закономерности и корреляции.

Таким образом, биоорганическая химия выступает в роли своеобразного «молекулярного химического инструмента», который дает возможность не только узнать, но и понять, почему клетка, ее структуры, макромолекулы, биорегуляторы устроены и функционируют именно так, а не иначе.

Обучение студентов медицинских высших учебных учреждений Беларуси основам биоорганической химии началось в 1982 году, по решению Всесоюзного Совещания заведующих химических кафедр медицинских вузов совместно с Всесоюзной методической комиссией по преподаванию химических дисциплин в медицинских вузах в г. Суздале (председатель проф. Тюкавкина Н.А.) [1]. Эта дисциплина была введена взамен изучаемой ранее органической химии. Именно тогда была утверждена и первая программа по биоорганической химии.

В 1982-1984 гг. курс биоорганической химии в МГМИ (ныне БГМУ) преподавался в структуре кафедры биологической химии (зав. кафедрой – проф. В.К. Кухта), затем (1984 – 1990 гг.) в структуре кафедры общей химии (зав. кафедрой-проф. Е.В. Барковский). После катастрофы на Чернобыльской АЭС возникла острая необходимость в обучении студентов медицинских вузов современным знаниям молекулярных механизмов действия малых доз ионизирующих излучений и экологических и медицинских последствий хронического радионуклидного воздействия. С этой целью в 1990 году по инициативе ректора МГМИ проф. А.И. Кубарко и декана медико-профилактического факультета доц. И.В. Романовского в составе факультета была организована первая в Республике Беларусь кафедра радиационной гигиены и экологии путем объединения курсов радиационной гигиены и курса биоорганической химии (зав. кафедрой – проф. А.Н. Стожаров).

В 2001 г. курс биоорганической химии трансформировался в самостоятельную кафедру (зав. кафедрой – проф. И.В. Романовский). С 2006 г. кафедрой биоорганической химии заведует доцент, канд. мед. наук О.Н. Ринейская. С 2009 г. Кафедрой проводится элективный курс «Методы лабораторной диагностики острых отравлений» (доц. С.Н. Борисевич) для студентов 6-го курса медико-профилактического и лечебного факультетов. Целью данного курса является приобретение студентами знаний и практических навыков в области организации и проведения анализа потенциально опасных для человека широко доступных химических (в том числе лекарственных) соединений. Владение теоретическими и практическими основами химико-токсикологического анализа необходимо будущему врачу для последующей специализации в области судебно-медицинской экспертизы, клинической токсикологии, наркологии, криминалистики, токсикологической и экологической химии.

В 2012 г. в связи с организацией и началом функционирования в БГМУ фармацевтического факультета, в структуре кафедры биоорганической химии появились курсы органической химии (доц. Г.П. Фандо) и аналитической химии (доц. В.Н. Беляцкий). И органическая химия, и аналитическая химия являются базовыми дисциплинами в системе высшего фармацевтического образования. Формирование у студентов научных знаний об органическом веществе и современных методах его исследования (органическая химия) и теоретических основ химических и инструментальных физико-химических методов анализа веществ и умений их проведения (аналитическая химия) необходимо для успешного освоения в дальнейшем профильных дисциплин (фармацевтической химии и токсикологической химии, фармацевтической технологии).

В настоящее время на кафедре биоорганической химии работают преподаватели, являющиеся выпускниками Белорусского государственного медицинского университета (ранее - МГМИ), Пермского фармацевтического института, химического факультета Белорусского государственного университета, а также педагогических учреждений образования республики.

Сотрудники кафедры проводят большую учебно-методическую работу, направленную на совершенствование учебного процесса. За последние годы сотрудниками кафедры были подготовлены все необходимые материалы для преподавания биоорганической, органической и аналитической химии. Это учебные программы, учебно-методические пособия к практикумам, контрольные и обучающие материалы, мультимедийные презентации лекций, что затем легло в основу электронных учебно-методических комплексов.

Профессионализм, целеустремленность, открытость к сотрудничеству являются основой для стабильного развития научных исследований и внедрения инновационных форм организации учебного процесса.

Литература

1. Романовский, И.В., Этапы становления кафедры биоорганической химии/ И.В.Романовский, О.Н. Ринейская// Медицинский журнал. -2011.- №1.- С.157-159.

Рудая С.П., Гамалея В.Н.

ХАРЬКОВСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ВО ВРЕМЕНА ВОЕННЫХ ИСПЫТАНИЙ (КОНЕЦ XIX - НАЧАЛО XX в.)

*Институт художественного моделирования и дизайна, Киев, Украина
Государственный экономико-технологический институт транспорта,
Киев, Украина*

Научные общества – один из наиболее интересных и в то же время недостаточно исследованных феноменов культуры. Эти общественные ассоциации, возникающие по инициативе частных лиц, развиваются по принципу самоорганизации и в некоторых случаях дают начало новым звеньям системы государственных учреждений, активизируя её развитие в актуальных направлениях. Анализируя деятельность научных обществ, можно сделать вывод, что её высокой эффективности способствуют широкая творческая свобода, неформальные научные связи, активная поддержка со стороны научной общественности [1].

Научно-практическая работа научных медицинских обществ в период конца XIX-начала XX в. была направлена на удовлетворение насущных потребностей медицины (охрана здоровья населения, проведение анализа воды и пищевых продуктов, предупреждение и лечение эпидемических заболеваний, широкая пропаганда санитарных и гигиенических норм поведения). Научно-организационная работа независимых ассоциаций врачей заключалась в организации лабораторий, биологических станций, учебных курсов и т. п. Общества выступали центрами, в которых закладывались основы академической науки, создавались демократические традиции. И сейчас, как и в прежние времена, они являются независимым стохастическим элементом системы науки, необходимым для её прогрессивного развития.

Все аспекты деятельности медицинских обществ – практический, научный и педагогический – имели место в работе Харьковского медицинского общества, созданного в 1861 г. Организованное им в 1887 г. учреждение «Харьковский Пастеровский институт и Бактериологическая станция» готовило кадры специалистов-бактериологов, проводило бактериологические исследования объектов, присылаемых практическими врачами, производило бактериологические препараты. В 1895 г. в Отделении бактериологической станции по изготовлению бактериальных сывороток и вакцин было налажено производство противодифтерийной сыворотки, открытой Э. Берингом и Э. Ру. Таким образом, эта сыворотка впервые в Европе начала производиться в Харьковском медицинском обществе. С конца 1900 г. в Отделении, разросшемся до Бактериологического института, началась иммунизация лошадей стрептококком для получения противоскарлатинозной сыворотки. В 1904 г. было налажено производство противодизентерийной сыворотки, в 1905 – противохолерной, в 1906 – сыворот-

ки против Базедовой болезни, и вакцин против скарлатинозного стрептококка, в 1907 – противотифозной и дифтерийной вакцин. Бактериологическими препаратами, производимыми в Харькове, снабжался весь Юг Российской империи, Кавказ и Средняя Азия [2].

Доход от производства бактериологических препаратов полностью обеспечивал существование Бактериологического института и приносил доход Харьковскому медицинскому обществу. Благодаря этому Общество смогло учредить три премии имени известных учёных, присуждавшиеся за лучшие научные работы: Рудольфа Вирхова (1901), В. П. Крылова (1908) и Г. Я. Острянина (1908). Всё это дало основание газете «Южный край» написать следующее: «Харьковский бактериологический институт, составляющий гордость нашего Медицинского общества, является первым в России и занимает одно из первых мест в Европе» [3].

То, что такая высокая оценка деятельности Бактериологического института Харьковского медицинского общества соответствует действительности, подтверждает обзор деятельности бактериологических институтов Российской империи, проведенный Н. Ф. Гамалеей. Исходя из материалов годовых отчётов пяти самых крупных бактериологических институтов – Харьковского, Московского, Киевского, Петербургского и Одесского, он проанализировал состояние производства ими лечебных препаратов. По мнению Н. Ф. Гамалеи, по масштабам своей деятельности первым из перечисленных институтов являлся Харьковский. Его отделение по приготовлению лечебных сывороток выпускало их больше других аналогичных учреждений России, продолжая увеличивать объёмы производства [4].

Серьёзным испытанием для Харьковского медицинского общества были периоды войн. В 1877 г. во время русско-турецкой войны оно организовало курсы для сестёр милосердия, которые прослушало 150 человек. Во время русско-японской войны 1904 г. им был направлен на театр военных действий летучий санитарный отряд во главе с Г. Я. Остряниным. На заседаниях Общества обсуждались вопросы, связанные с военно-медицинской тематикой. На одном из них выступил В. И. Недригайлов с докладом «Войны и бактерии», в котором подчеркнул тот факт, что смертность от заразных болезней на фронтах может превышать потери от рук врага [5]. В 1914 г. Обществом было принято решение о предоставлении безвозмездной медицинской помощи больным и раненым участникам войны и бесплатном проведении для них необходимых анализов. Были организованы курсы по обучению ухода за ранеными, созданы врачебный перевязочный пункт и лазарет на 82 койки. Сыворотки и вакцины отпускались всем нуждающимся в них бесплатно.

Литература:

1. Савчук В.С. Естественно-научные общества Юга Российской империи: вторая половина XIX - начало XX в. / В.С. Савчук. – Днепропетровск: Изд-во Днепр. ун-та, 1994. – 232 с.

2. Рудая С.П. Владимир Константинович Высокович. 1854-1912 / С.П. Рудая; отв. ред. Ю.К. Дупленко. – М.: Наука, 2004. – 232 с.
3. Южный край. – 11 октября 1911 г. – № 10423.
4. Гамалея Н.Ф. Бактериологические институты в России / Н.Ф. Гамалея // Гигиена и санитария. 1910. – № 11. – С. 781-791.
5. Недригайлов В.И. Войны и бактерии / В.И. Недригайлов. – Харьков: Тип. Зильберберг и сыновья, 1904. – 16 с.

Самохин Д.А., Мощик К.В., Ширко Д.И.
ПРОТИВОХИМИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ВОЙСК В ГОДЫ
ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Беларусь*

К первой мировой войне не была готова ни одна страна, включая те, что начали боевые действия. Все рассчитывали на скоротечность конфликта. В частности, Германия делала ставку на «план Шлиффена»: разгром Франции в течение нескольких недель, после чего страны Антанты будут вынуждены принять решение о нерациональности продолжения войны.

В действительности война на западном фронте вскоре приобрела позиционный характер с длительным статическим противостоянием сторон. В этих условиях 22 апреля 1915 г. в сражении на реке Ипр немецкие войска впервые использовали боевые отравляющие вещества (БОВ) с ошеломляющим эффектом – пять тысяч погибших. Первые применения отравляющих веществ заключались в газобаллонных атаках хлором или смесью хлора с фосгеном; в дальнейшем БОВ стали использоваться в виде химических снарядов.

Воюющие страны столкнулись с необходимостью защиты собственных войск от химического оружия. Во Франции было принято решение о срочном проведении в армии противохимических мероприятий, которые временно, до создания специальной химической службы, поручали медико-санитарной службе. В июне-июле 1915 г. в действующую армию в качестве специалистов-консультантов были назначены специалисты-химики. В их обязанности входили помощь штабам армий по всем связанным с БОВ вопросам, разработка инструкций и указаний по защите от БОВ, обеспечение доставки для исследования БОВ, применявшихся противником. Приоритетной задачей стала разработка средств индивидуальной защиты от БОВ.

Самым первым средством защиты военнослужащих от газов служили носовые платки, смоченные содовым раствором. В дальнейшем появился противогаз-повязка, так называемый вуалевый противогаз, который пропитывался раствором соды, глицерина и воды. Вследствие гигроскопи-

ческих свойств содового раствора и глицерина противогаз оставался достаточно влажным и не требовал перед употреблением дополнительного смазывания. Этот тип противогаса использовался до мая 1915 г., когда появился противогаз под названием «дымовая каска», представлявший собой фланелевый мешок, импрегнированный раствором вышеназванного состава. Эти два типа противогазов удовлетворительно защищали органы дыхания от хлора, но оказались неэффективными против фосгена. Наиболее подходящим абсорбентом фосгена оказался раствор карболовой кислоты и каустической соды, применение которого потребовало внесения ряда изменений в «дымовую каску». В результате появился противогаз «Р-каска»; основным его отличием стало введение в конструкцию трубки, которая, будучи вставлена в рот, позволяла выдыхать через нее воздух, не давая ему всасываться.

В октябре 1915 г. из России поступили сообщения о том, что лучшим абсорбентом фосгена является уротропин, которые полностью подтвердились проведенными во Франции исследованиями. С января 1916 г. все респираторы пропитывались смесью фенолового натра и уротропина и получили название респиратора «РН». В этот же период активно проводились опыты с противогазом-коробкой, и зимой 1915-1916 гг. появился первый образец этого противогаса, впоследствии модернизированный и известный как «английский малый противогаз-коробка». В июне 1916 г. было принято решение о массовом его изготовлении, а в августе появились образцы для проверочных испытаний. В марте 1917 г. в конструкцию фильтрующего противогаса был добавлен противодымный фильтр. В 1918 г. вместо стекол из целлюлозы стали использовать стекла «триплекс». Этот усовершенствованный противогаз находился на снабжении армии до конца войны.

В России разработку армейского противогаса поручили специалистам Санкт-Петербургского Горного института. В июле 1915 г. они представили так называемый противогаз Горного института конструкции Трусевича: очки-консервы, маска с завязками на затылке, короткий шланг (полагалось зубами держать загубник), ведущий к квадратной коробке с поглощающей смесью – натронной известью (гашеная известь с едким натром). Модель признали перспективной. В сентябре натронную известь дополнили древесным углем. Идею использования угля позаимствовали у химика Н. Зелинского.

Николай Дмитриевич Зелинский в то время заведовал химической лабораторией министерства финансов. Занимался, в частности, проблемами очистки водки. Образующиеся сивушные масла тогда удаляли, фильтруя продукт через активированный уголь. Это и навело Н. Зелинского на мысль об использовании активированного угля в качестве фильтра для противогаса.

Проблема создания противогаса занимала не только Н. Зелинского. В то время, как вспоминал один из его помощников С. Степанов, «ленивый

разве не был изобретателем». Работали несколько комиссий, рассматривали предложения Артиховского, Богодарова, Шатерникова, Прокофьева. Но реально конкурировали лишь две модели – Н. Зелинского и Горного института.

Противогаз Зелинского успешно выигрывал испытания; его показали царю, положительные отзывы поступали из армии (во многом благодаря тому, что Химический комитет при Главном артиллерийском управлении возглавлял другой великолепный химик генерал Владимир Ипатьев) – одна ко заводам поступали заказы на изготовление противогазов Горного института, интересы которого лоббировал член августейшей фамилии принц А. П. Ольденбургский.

Лишь в феврале 1916-го противогазы Зелинского стали поступать в войска. Предварительно были проведены генеральные испытания: ночью в Минске на задних путях поставили законопаченный вагон, в него накурили хлора и фосгена. В присутствии генералов Ставки, принца Ольденбургского, самих изобретателей в вагон поднялись добровольцы в масках разных конструкций. Испытания выдержал только противогаз Зелинского, а испытывавший его лаборант Сергей Степанов был награжден Георгиевским Крестом.

К сожалению, пока налаживали выпуск и переоснащали войска, случилась «трагедия под Сморгонью» 20 июля 1916г., когда в результате немецкой газовой атаки русские войска, пользовавшиеся противогазами Горного института, понесли потери почти четыре тысячи человек.

Очень скоро образцы противогаза Н. Зелинского передали союзникам; те немедленно взяли его на вооружение. На базе добытого немецкой разведкой экземпляра Германия сконструировала свой аналог. Принцип устройства русского противогаза получил широкое распространение и в других странах. В последующем русский ученый – академик Г.В. Хлопин заложил медицинские основы противогазового дела. Он впервые изучил влияние фильтрующих противогазов на физиологические функции организма, обосновал понятие о вредных факторах противогаза, разработал рекомендации для проведения противогазовых тренировок.

Противогаз, изобретенный Зелинским, на самом деле назывался «противогаз Зелинского-Кумманта-Авалова». Авалов придумал дыхательный клапан, а инженер-резинщик Куммант создал герметичную резиновую маску, которая с той поры стала неотъемлемой деталью всех противогазов.

Объекты коллективной защиты (убежища, укрытия, подвалы) оборудовали у входа специальными приспособлениями, препятствующими проникновению газов. Вход в них защищали располагавшиеся одна за другой две занавеси, натянутые на деревянные рамы. Плотные занавеси, смоченные слабым раствором гипосульфита или хлорной извести, создавали защиту, допуская проникновение лишь незначительных количеств БОВ. К

концу войны эти полотняные занавеси импрегнировали минеральными маслами.

При необходимости газоубежища снабжали фильтрами с теми же абсорбентами, что и в противогазе. Застойные БОВ дегазировали с помощью распылителей, разбрызгивая растворы гипосульфита и углекислой соды. С этой же целью применяли большие веера и различные устройства, усиливающие вентиляцию. Дегазацию иприта успешно проводили хлорной известью.

Обмундирование дегазировали проветриванием в течение 48 часов. При незначительном заражении обмундирования парами иприта военнослужащего в противогазе помещали в хлорную камеру с содержанием хлора 0,1%. При сильном же заражении обмундирования БОВ, в частности, капельно-жидким ипритом, следовало срочно сменить его и дегазировать в нескольких сменах горячей воды (60-80°C) или камерной обработкой горячим паром.

Литература:

1. Химическое оружие на фронтах Мировой войны 1914-1918 гг. – М.: Госвоениздат, 1935.

2. Майер, Ю.Л. Отравляющие вещества и их боевое применение / Ю.Л. Майер; пер. В.И. Швембергера. – М.: Военно-химическое управление УС РККА, 1928. – Ч. 2: Боевое применение ОВ.

Селезнев¹ В.В., Микуцкий² Н.С., Островский¹ Ю.П.

К 55-ЛЕТИЮ БЕЛОРУССКОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

*ГУО «Белорусская медицинская академия постдипломного образования»,
кафедра кардиохирургии¹*

ГУ РНПЦ «Кардиология», Минск, Республика Беларусь²

*«...тот, кто не оглядывается назад,
не может... определить путь в будущее»
(Р. Лерии)*

Известно выражение великого Т.Бильрота о значимости хирургического воздействия на сердце – «...хирург, прикоснувшийся к сердцу пациента, потеряет уважение своих коллег». К счастью, это мрачное предсказание не сбылось.

От ушивания кардиальной раны, впервые успешно выполненного в 1896 году Людвигом Реном; первой операции в условиях искусственного кровообращения, которую произвел Джон Гиббон в 1953 г., до появления таких фантастических технологий, как роботехирургия, шагнула наша отрасль медицины.

Сердечно-сосудистая хирургия – детище XX века; она аккумулировала в себе самые современные отрасли науки. Недаром, один из ее основоположников – Джон Кирклин, назвал этот раздел Монбланом знаний, который должен покорить каждый, кто решил посвятить себя этому сложнейшему направлению в медицине.

Также, как и в других странах, в Беларуси развитие и становление кардиохирургии началось в 50 гг. минувшего века.

В 1959г., под руководством профессора П.Н. Маслова, на базе 2ГКБ г.Минска было открыто первое отделение «грудной хирургии». Именно здесь 55 лет назад, были выполнены первые в РБ операции на открытом сердце – перевязка открытого артериального протока, закрытая комиссуротомия.

У истоков новых направлений в науке всегда стояли незаурядные личности, обладавшие сильной волей и авторитетом, энциклопедическими знаниями и чувством нового, организаторским талантом, мудростью Учителей.

Таковыми корифеями в нашей республике были П.Н.Маслов, С.Л. Либов, Г.Е.Гнилорыбов. Каждый из них был разносторонним хирургом, прошедшим школу великих предшественников – А.В.Вишневого, С.И.Спасокукоцкого, П.А.Куприянова.

П.Н.Маслов – основоположник торакальной и сердечно-сосудистой хирургии в Республике Беларусь; впервые внедрил операции на легких, средостении, крупных сосудах. Им были выполнены и первые операции на открытом сердце (1959г.) – перевязка открытого артериального протока, закрытая комиссуротомия при митральном стенозе.

С.Л. Либов – заведующий кафедрой грудной и детской хирургии БелГИУВ (1960, 1963-1965гг); руководил внедрением в клиническую практику в стране эндотрахеального наркоза, ангиокардиографии, гипотермии, перфузиологии. Впервые в Республике Беларусь им была выполнена операция по поводу дефекта межжелудочковой перегородки.

Как вспоминали его ближайшие соратники (профессор И.И.Лазюк): «В Сергее Леонидовиче поражали энциклопедические знания, осведомленность в разных сферах медицинской науки... Он свободно владел несколькими европейскими языками (проводил иногда утренние конференции на английском языке...)»

В клинике Г.Е. Гнилорыбова (на базе ГКБ г. Минска) в начале 60 гг. был создан первый республиканский центр сосудистой хирургии.

Научную эстафету выдающиеся Учителя передали в надежные руки – в 60-70гг. белорусская кардиохирургия неразрывно связана с именами А.В.Шотта, ангиохирурга –И.Н.Гришина и Я.И.Эпштейна.

Профессор А.В.Шотт - заслуженный деятель науки РБ, лауреат государственной премии Республики, руководя кафедрой факультетской хи-

рургии МГМИ, долгие годы посвятил становлению и развитию кардиохирургии в нашей стране.

В 1963г. им была защищена одна из первых докторских диссертаций в РБ по сердечно-сосудистой хирургии. Под его руководством, на базе кафедры факультетской хирургии и 4 ГКБ были разработаны и внедрены в практику отечественные аппараты искусственного кровообращения (Минск-2, Минск-3), многие виды операций на открытом сердце (при приобретенных и врожденных пороках сердца).

А.В.Шотт – родоначальник современной кардиохирургической школы республики. Его ученики – ныне ведущие специалисты в своей отрасли – член корреспондент НАН РБ профессор Ю.П.Островский, д.м.н. Скорняков В.И., Макеев В.В.; другие – навсегда оставили свой след в отечественной хирургии – лауреат государственной премии В.П.Романович, А.Р. Королев...

В целях скорейшего внедрения достижений современной кардиохирургии, интенсификации развития этой отрасли в 1978г. на базе БелНИИ Кардиологии была создана лаборатория сердечно-сосудистой хирургии (приказ МЗ БССР № 188 от 18.12.1978г). Первым руководителем Республиканского Центра сердечно-сосудистой хирургии был назначен к.м.н. А.Н.Савченко.

В последующие годы лаборатория сердечно-сосудистой хирургии трансформировалась в отдел ССХ (1983г.), к этому времени была открыта лаборатории хирургии сердца, сосудов, симптоматических гипертензий; в 1983г. – отделения врожденных пороков сердца., в 1988г.- хирургической аритмологии.

Первыми заведующими отделений были: В.И.Скорняков, Н.В.Карась, А.П.Шевчук, Е.М.Кисель, Б.В.Тумилович, кардиоанестезиологическим отделением руководил М.И.Штаммер, отделением перфузиологии – А.Р.Королев.

С 1978 по 1992гг. руководителем РЦ ССХ был профессор А.Н.Савченко – лауреат государственной премии (1992г.).

«Отваживаясь на великое, неизбежно рискуешь добрым именем...»- (Вовенарг Люк, французский мыслитель XVIIIв.).

Очевидно, в те годы от неизбежных трудностей, связанных с внедрением нового, спасала молодость и неугасимый научный задор (средний возраст работающих в то время составлял около 30лет).

В те годы были внедрены сложнейшие и разнообразные технологии, ранее не выполнявшиеся в стране: - селективная коронарография -1979г. (Н.Г.Тилли, Е.А.Ходырев, Ю.П.Тараканов); аортокоронарное шунтирование (АКШ) -1979 г. (А.Н.Савченко, В.П.Романович, С.М.Ленсу, А.П.Шевчук, В.А.Янушко); имплантация водителей ритма - 1978г.(Скорняков В.И.); кровяная кардиоплегия(Королев А.Р.); АКШ при остром инфаркте миокарда (1984г) – А.Н.Савченко, В.П.Романович,

С.М.Ленсу; имплантация биопротезов -1983г. (А.Н.Савченко, С.И.Кусков); внутриаортальная баллонная контрпульсация -1982г. (А.Н.Савченко, Ю.П.Островский, В.П.Романович).

Для интенсификации внедрения научных достижений уже в те годы были налажены тесные связи с ведущими центрами сердечно-сосудистой хирургии в СССР и за рубежом (ведущие сотрудники центра проходили стажировку в институте Бакулева, ВНЦХ, Вильнюсе, Каунасе, Киеве, клиниках Берлина, Праги и т.д.).

Новые для Республики кардиохирургические технологии, как правило, внедрялись с участием ведущих советских хирургов (из института Бакулева, Центра академика Б.В. Петровского).

Так, первая операция АКШ в РБ была выполнена уже в сентябре 1979г. бригадой московских хирургов под руководством академика М.Д.Князева, операции по поводу сложных врожденных пороков сердца и приобретенных пороков –профессорами Фальковским Г.Э., Косачем Г.А.

В 83-84гг в РЦССХ были защищены первые докторские диссертации – А.Н.Савченко, В.П.Крылов.

Быстрое накопление знаний и опыта привели к тому, что в 80-90гг. благодаря рационально разработанной концепции развития сердечно-сосудистой хирургии, модернизации материальной базы, стажировке ведущих специалистов в клиниках Европы и США, совершенствованию методов защиты миокарда(Королев А.Р., Островский Ю.П., Шестакова Л.Г.), развитии кардиоанестезии (Штаммер М.И., Зорин В.С., Валентюкевич А.В.) достигнуто значительное снижение летальности после операций с искусственным кровообращением (с 18% -в 1993г., до 4.3% -в 1995г.).

К этому времени высокий уровень помощи и стабильный характер положительных результатов позволили изменить отношение врачебной общественности и населения Республики к кардиохирургической службе страны.

В эти годы был внедрен маммаровенечный анастомоз -1987 г. (А.Н. Савченко, В.П. Романович, С.М. Ленсу), имплантация отечественного искусственного клапана сердца «Планикс» -1990г.(Ю.П.Островский, В.И. Скорняков, Ю.М. Чеснов), обход левого желудочка -1992г. (Ю.П. Островский, Л.Г. Шестакова), эндокардиальное картирование и радиочастотная абляция проводящих путей сердца -1996г. (В.В. Макеев), коронарное стентирование - 1996г. (Ю.П. Петров, Ю.П. Тараканов).

В 1988г. в г. Гомеле был открыт первый региональный кардиохирургический центр (зав. – Саливончик С.П.), в 2000г. – операционно-реанимационный модуль РНПЦ «Кардиология», 2004г. – детский кардиохирургический центр -ДКХЦ- (который продолжает традиции, заложенные С.Л. Либовым, О.С. Мишаревым).

Указанные знаковые для отечественной кардиохирургии события проходили с участием президента РБ А.Г. Лукашенко, что свидетельствует о большом внимании, которое уделяется здравоохранению РБ.

Содружество ДКХЦ с ведущими клиниками России, участие в международных программах (американский хирург Новик В.), позволили к настоящему времени ликвидировать листы ожидания на операции при ВПС, выполнять сложные вмешательства (операции Росса, Растелли, Норвуда и т.д.) с результатами на уровне ведущих мировых кардиоцентров.

В связи с модернизацией материальной базы, современным оснащением, правильной кадровой политике дальнейший расцвет(развитие) получила эндоваскулярная хирургия. К настоящему времени в РБ выполняются все виды эндоваскулярных процедур на магистральных сосудах и аорте.

В 2007г. на базе БелМАПО создана кафедра кардиохирургии (зав.кафедрой – член корреспондент НАН РБ, профессор Ю.П. Островский).

Основные научные направления кафедры:

- хирургическое лечение терминальной сердечной недостаточности (включая использование средств для механической поддержки кровообращения, трансплантацию сердца);
- гибридные вмешательства при патологии грудной аорты (включая разработку отечественных стентграфтов);
- симультанные онкокардио-ангиохирургические вмешательства;
- эндоваскулярная хирургия;
- использование стволовых клеток;
- одномоментные реконструктивные операции на различных сосудах бассейнах.

Одно из главных достижений, которым гордится кафедра – выпуск 1 набора клинических ординаторов в 2008г., которые стали костяком региональных кардиохирургических центров, открытых в 2008-2009гг. К настоящему времени (2013г.) областные центры выполняют до 74% всех операций на сердце!

Настольной книгой для молодых специалистов стало основополагающее руководство по кардиохирургии (2006г) «Хирургия сердца» профессора Островского Ю.П.

В 2009г., после длительной, продуманной подготовки, под руководством чл.корр. НАН РБ проф. Островского Ю.П. произведена первая в РБ трансплантация сердца. К настоящему времени в Республике выполнено свыше 130 пересадок с результатами на уровне ведущих центров Европы.

За 50 лет в РБ выполнено свыше 40000 операций на открытом сердце, издано более 20 монографий, защищено 4 докторских, более 20 кандидатских диссертаций.

За работу в области сердечно-сосудистой хирургии сотрудники Республиканского Центра ССХ награждены государственными премиями страны (А.Н. Савченко-1992г., Ю.П. Островский – 1996г.), высокого звания –член корреспондент НАН РБ удостоен проф. Островский Ю.П. (2009г.) «Творить –значит убивать смерть!» (Р. Ролан).

Таким образом, можно говорить о создании современной отечественной школы сердечно-сосудистой хирургии (что соответствует известным научным критериям):

- наличие научных лидеров, основополагающих научных идей;
- наличие учеников;
- общность мировоззрения, принципов врачевания;
- продуктивное сотрудничество младшего и старшего поколений;
- сохранение духа творчества;
- высокие научные критерии;
- оригинальность научных разработок;

К сожалению, за истекшие годы, наша когорта лишилась Учителей, соратников, коллег, товарищей:

Королев А.Р., Ходырев Е.А., Стреляев И.Г., Кулешов В.М., Балашко С.И., Шаплов В.В., Романович В.П. «Слова не имеют ценности, если они не родились из долгого пути под звездами» (Антуан де Сент-Экзюпери).

Впереди не менее трудная, но увлекательная и захватывающая работа!

Сергеева М.С.

ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва, Россия

Наиболее остро вопросы развития фармацевтического дела в России встают на рубеже веков. С момента возникновения оно развивалось исключительно в рамках удовлетворения государственных потребностей, в первую очередь связанных с реорганизацией армии и участием в военных кампаниях. Во время русско-польской войны XVII в. царское правительство впервые столкнулось с необходимостью обеспечения медицинским персоналом и лекарственными средствами полков нового строя. Формирование регулярной армии и участие в Северной войне сопровождалось созданием системы военной медицины, неотъемлемым компонентом которой стали казенные аптеки и аптечный персонал. Участие в войне с Наполеоном потребовало создания системы подготовки квалифицированных фармацевтических кадров, развития научной фармации и расширения аптечной сети. Первая мировая война поставила перед российским

правительством принципиально новые задачи, связанные с развитием фармацевтической промышленности.

Затяжной характер войны, использование новых видов вооружения и военной техники стало причиной не только огромного расхода оружия и боеприпасов, но и массовых людских потерь. Отсутствие теплого обмундирования, горячей пищи, тесные условия размещения воинов и не соблюдение правил санитарии и гигиены привело к распространению таких эпидемических заболеваний как холера, дизентерия, оспа, тиф. Огромное число раненых и больных требовало, с одной стороны, постоянного пополнения армии новобранцами, с другой – организации медицинской помощи. Перед Министерством Внутренних дел, отвечавшим за здравоохранение, стояла задача в кратчайшие сроки создать систему эвакуации больных и раненых, открыть необходимые лечебные учреждения, обеспечить их медицинским персоналом, оборудованием, лекарственными препаратами и перевязочными средствами. В решении данных вопросов значительную роль сыграли общественные организации, такие как Российское общество Красного креста, Всероссийский земский и городской союзы помощи больным и раненым воинам. Их усилиями были организованы госпитали, устроены центральные склады, организованы лечебные учреждения и врачебно-питательные отряды в губерниях, налажена подготовка и приглашение медицинского персонала.

Дефицит медикаментов, возникший в ходе Перовой мировой войны, в историографической литературе принято называть «лекарственным голодом». Его возникновение связано не только с резким увеличением спроса на лекарственные средства, но и с прекращением торговых отношений с Германией, которая была основным поставщиком в Россию готовых фармацевтических препаратов, лекарственного и химического сырья, необходимого для рецептурного производства. Переориентация импорта на закупку лекарств в странах союзниках - Англии и Франции не могла справиться с возникшим лекарственным кризисом вследствие резкого увеличения цен на импортные лекарства, малого объема фармацевтического производства данных стран, не достаточного для обеспечения потребностей собственного внутреннего рынка, а также тяжелого экономического положения России.

Решить проблемы лекарственного снабжения армии и тыла за счет отечественной аптечной сети также не представлялось возможным. С одной стороны, массовая мобилизация привела к резкому сокращению аптечного персонала, подавляющее большинство которого было мужчинами. Прекращение импорта иностранного сырья в совокупности с дезорганизацией внутреннего товарооборота, перебоями в поставке отечественного лекарственного сырья, в результате нарушения железнодорожного сообщения и прекращения частных транспортных перевозок, способствовали сокращению аптечной номенклатуры. При этом наблюдавшееся уве-

личение объемов экстенпорального производства ограниченного числа остродефицитных лекарств не могло полностью удовлетворить нужд тыла и фронта. С другой стороны, существовавшее законодательство, запрещавшее аптекарям владеть и управлять фармацевтическими заводами и фабриками, снижало их роль в решении лекарственного кризиса.

В конце 1914 г. стала очевидной необходимость создания собственной фармацевтической промышленности, основанной на поиске новых источников лекарственного сырья, способов извлечения действующих веществ, а также государственном регулировании посредством определения перечня необходимых медикаментов и распределения государственных заказов. В 1915 г. при Комитете военно-технической помощи, координировавшем военное производство, была создана Фармацевтическая комиссия, контролировавшая производство и закупки медикаментов. В 1916-1917 гг. Московским военно-промышленным комитетом был определен список 306 необходимых лекарственных препаратов на сумму 30 млн. руб.

Создание фармацевтического производства потребовало мобилизации всех мощностей – государственных, частных, общественных. Изучением отечественной лекарственной флоры и созданием специальных питомников лекарственных растений занялись ботаники Тифлисского, Сухумского, Петербургского, Никитского и других ботанических садов. Они выполняли правительственные заказы, связанные с поиском отечественных растений, подходящих для промышленного получения дубильных экстрактов и алкалоидов. В разработке новых методов получения фармакологически активных веществ и изготовлении лекарств участвовали химики, сумевшие в университетских лабораториях и специальных мастерских организовать производствомалыми партиями широкого ассортимента лекарственных средств. При Московском высшем техническом училище под руководством химика-органика А.Е. Чичибабина было организовано производство остродефицитного морфина, кодеина, атропина, папаверина, кодеина, дионина и других. На базе Московского промышленного училища В.П. Пантелеевым было организовано производство салициловой кислоты и ее производных. В 1916 г. в Астрахани налажено государственное предприятие по производству остродефицитного йода из морских водорослей. В том же году на соляных коях в Крыму открыто частное предприятие И.П. Балашова по выпуску препаратов брома. На заводе Всесоюзного земского и городского союза «Земгора» было налажено производство диуретина и солола.

Однако развитие производства сталкивалось с рядом сложностей. Во-первых, нарушение режима работы транспорта затрудняло доставку сырья и топлива, необходимого для работы фармацевтических предприятий. Во-вторых, на организации производств сказывался регуляторный характер экономики. Деятельность фармацевтических предприятий, воз-

никших в условиях войны, была направлена на решение конкретных государственных потребностей – изготовления определенного набора медикаментов, необходимых для обеспечения нужд армии. Установочные цены, по которым государство закупало лекарства были значительно ниже затрат на их производство, что в свою очередь порождало спекуляцию лекарствами на рынке. В-третьих, в России отсутствовали кадры, способные работать на вновь организованных фармацевтических заводах и фабриках. Существовавшая система фармацевтического образования, состоявшая из аптечного ученичества и провизорских курсов при медицинских факультетах университетов, готовила гезелей и провизоров для аптек, а не инженеров и технологов для производства. Потребности войны на первый план выдвинули необходимость формирования систем среднего и высшего фармацевтического образования, привлечения женщин к работе в аптеке, ориентации образования на развитие фармацевтического производства. Экстренные попытки наладить подготовку кадров во время войны изменили лишь этап университетского образования. Были созданы самостоятельные высшие учебные заведения - фармацевтическое отделение в Петроградском Психоневрологическом институте (1915 г.) и химико-фармацевтические отделения при Московских и Одесских Высших женских курсах (1916-1917 гг.). Данные отделения, открытые при медицинских факультетах, не предусматривали ломки сложившейся в XIX в. профессионально-академической системы подготовки фармацевтов. Они являлись попыткой усовершенствовать этап подготовки провизоров и магистров фармации за счет увеличения числа химических и физико-химических дисциплин в учебном плане. Однако данные меры не могли удовлетворить всех требований фармацевтических производств.

Таким образом, фармацевтические предприятия, созданные во время Первой мировой войны, не были способны решить глобальных проблем развития фармацевтического производства, т.к. не были оснащены необходимым оборудованием, химическим и растительным сырьем, а также квалифицированными фармацевтическими кадрами. Однако они продемонстрировали, что при наличии комплексного подхода к решению данных проблем возможна ликвидация фармацевтической зависимости России от других стран. Активное участие химиков и биологов в развитии фармацевтических производств породило новую волну реформаторских предложений, в основе которых лежала подготовка фармацевтов на химических и физико-математических факультетах университетов. Однако реализованы данные попытки были только после Революции в результате создания системы государственного регулирования здравоохранения, образования и промышленности.

Литература:

1. Алова А.Н. Подготовка и использование фармацевтических кадров (XIX-XX-XXI века) на примере Санкт-Петербурга / Диссертация на соискание ученой степени к.ф.н. СПб., 2004.с. 225-231.
2. Белова И.Б. Первая мировая война и российская провинция. 1914 - февраль 1917 г. М.: АИРО-XXI, 2011. 288 с.
3. Валяев Я.В. Фронтовой быт военнослужащих российской армии в годы Первой мировой войны / Диссертация на соискание ученой степени к.и.н. Белгород, 2012. 242 с.
4. Фармацевтическая промышленность и лекарственное обеспечение. Катлинский А.В., Лопатин П.В., Линденбрaten А.Л. // Здравоохранение в России. XX век / под ред. Ю.Л.Шевченко, В.И.Покровского, О.П.Щепина. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. С. 212-233.
5. Федотова А.А. Лекарственный голод и лекарственные растения: мобилизация ботаников в годы Первой мировой войны. Социология науки и технологий. 2013. Том 4. № 1. С. 86-94.

Солонец Г.В.

ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ САНИТАРНОГО ДЕЛА В БЕЛАРУСИ

*УО «Гомельский государственный медицинский колледж», Гомель,
Беларусь*

В современных условиях социально-экономического развития государственный санитарный надзор Республики Беларусь реализует задачи, поставленные Главой государства, Советом Министров, Министерством здравоохранения.

Их выполнение требует максимального профессионализма в работе по всей вертикали службы, полной отдачи и консолидации усилий, эффективного использования научного, кадрового потенциала, материально-технических и финансовых ресурсов.

А начиналось развитие санитарно-эпидемиологического дела в Белоруссии с введения приказов общественного призрения в Могилеве и Полоцке (1781), в Минске (1796), в Витебске (1802). С 1797 г. функционировали губернские и уездные врачебные управы.

На путях движения воинских контингентов для «предотвращения заразных болезней» возникали карантинные учреждения. В селениях государственных и удельных крестьян в ряде сельских населенных мест учреждались больницы для крестьян.

1801 – 1803 - 1824 годы. По инициативе отдельных врачей, местных оспенных комитетов с помощью Вольного экономического общества внедрено оспопрививание по методу Дженнера. Со стороны городских, уездных врачей и отдельных «войсковых лекарей» проявился интерес к

составлению медико-физических, медико-топографических описаний уездов, отдельных городов и местечек Белоруссии.

1903 г. Впервые законодательно оформилась обязанность местных органов управления земским хозяйством «попечения об улучшении в уездах санитарных условий и предупреждения эпидемических болезней».

14 марта 1911 г. царским правительством введены выборные земства в Витебской, Минской и Могилевской губерниях.

Земские управления и обратили внимание на причины высокой заболеваемости. Поощряли санитарно-статистические исследования, отпускали некоторые средства на противоэпидемические мероприятия, содержание отдельных санитарных врачей и санитарных учреждений. В губернских центрах и ряде уездов вводили должности земских санитарных врачей, учреждали медико-санитарные советы, открывали санбаклаборатории, пастеровские станции, дезинфекционные камеры и т.д.

Этап утверждения советского здравоохранения. При Советах рабочих, солдатских и крестьянских депутатов создаются здравотделы, а в их составе санитарно-противоэпидемическая служба (санэпидподотделы)

1 января 1919 г. «Манифестом Временного революционного рабоче-крестьянского правительства Белоруссии» было провозглашено создание Белорусской Советской Социалистической Республики.

20 января 1919 г. был учрежден Народный комиссариат здравоохранения БССР с санитарно-эпидемиологическим отделом. Последний возглавил всю санитарно-противоэпидемическую работу в республике.

Основное направление деятельности вновь созданной санитарной организации, как и всего советского здравоохранения – профилактическое направление – было определено в программе Коммунистической партии, принятой в марте 1919 г. на VIII съезде, в которой, в основу своей деятельности по охране народного здоровья партия положила, прежде всего проведение широких оздоровительных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний.

В 1920–1921 гг. был открыт ряд санитарно-бактериологических лабораторий, домов санитарного просвещения в Минске, Витебске, Гомеле, Могилеве, Климовичах, Полоцке.

Первый дом санитарного просвещения в СССР был открыт в марте 1920 года в Гомеле.

Важнейшим документом для санитарно-эпидемиологической службы страны стал Декрет Совета народных комиссаров РСФСР «О санитарных органах республики» от 15 сентября 1922 г., который определил задачи и структуру санэпидслужбы, ее права и обязанности, подтвердил ее государственный характер. Этим декретом было положено начало созданию специализированных санитарно-профилактических учреждений.

В октябре 1922 г. начала функционировать первая в СССР Гомельская санитарная станция им. 5-й годовщины Октябрьской революции.

С 1923-1924 гг. санитарная организация БССР перешла к планомерной работе, специализации санитарного дела, к расширению сети практических и созданию научно-исследовательских санитарных учреждений (в 1924 г. – Санитарно-бактериологический институт, в 1925 г. – Институт социальной гигиены, в 1927 – Санитарно-гигиенический институт).

В феврале 1926 г. состоялся первый съезд санитарных врачей Советской Белоруссии. Решения съезда определили ведущую линию развития и задачи санитарной организации.

Важным событием в укреплении санитарной организации явилось ее правовое оформление постановлением СНК БССР от 23 сентября 1926 года «Об утверждении положения о санитарных органах народного комиссариата здравоохранения БССР».

Используя опыт Гомельской санитарной организации, учредившей еще в 1922 г. комплексное санитарно-противоэпидемическое учреждение – санэпидстанцию, органы здравоохранения БССР, начиная с 1930 г. приступили к реорганизации имевшихся в городах разрозненных санитарных учреждений в комплексные учреждения (СЭС). Создавалась сеть городских санэпидстанций.

В мае 1934 г., во исполнение постановления ЦИК и СНК СССР от 23 декабря 1933, при Наркомздраве БССР, городских и районных органах здравоохранения организуется государственная санитарная инспекция.

Создание государственной санитарной инспекции значительно усилило контрольные функции санитарной организации, обеспечило результативность санитарного вмешательства во все отрасли хозяйства, подняло авторитет санитарного врача.

В БССР за годы предвоенных пятилеток закончилась организационная перестройка, и материально укрепились все звенья санитарной службы. В республике функционировали 147 санэпидстанций, 46 противомалерийных станций и пунктов, 8 домов санитарного просвещения и ряд других санитарных учреждений.

Были ликвидированы натуральная оспа и возвратный тиф. Снизилась заболеваемость остальными инфекциями. Осуществлены важные меры по укреплению санитарной охраны государственных границ.

Предупредительный санитарный надзор охватил важнейшие объекты промышленного строительства, реконструкции и благоустройства городских и сельских населенных мест. Расширилась государственная регламентация всех важнейших сторон санитарной деятельности путем развития центрального и местного санитарного законодательства. Вырос авторитет и значение Государственного санитарного врача в народно-хозяйственной жизни.

Это основные моменты истории становления санитарно-эпидемиологической службы Беларуси в период до Великой Отечественной войны. Дальнейшее – уже более современный этап развития ...

Литература

1. Беляцкий, Д.П. Развитие санитарного дела в Белорусской ССР. (Историко-теоретический очерк). – Мн.: Белсовпроф. 1966.-70 с.

Соколова Т.Н., Горецкая М.В.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ МИКРОБИОЛОГИИ, ВИРУСОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ ИМЕНИ С.И. ГЕЛЬБЕРГА

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

История кафедры микробиологии тесно связана с историей университета и начинается с момента его организации в городе Гродно в 1958. В это время в целях развития здравоохранения, обеспечения подготовки медицинских кадров и научных исследований в западном регионе Беларуси по приказу Министерства здравоохранения БССР организуется государственный медицинский институт. В создании института приняли участие ученые и врачи из России, Украины, Прибалтики, Таджикистана, Киргизии. Кадровую, материально-техническую помощь оказали Минский и Витебский медицинские институты.

В 1959 году открывается кафедра микробиологии. Организатором и первым заведующим кафедрой микробиологии Гродненского государственного медицинского института становится Гельберг Самуил Иосифович (1959-1973). Человек, отличающийся организаторскими способностями, выдающимися человеческими качествами, в совокупности с его непререкаемым научным авторитетом, придало его имени среди знавших его людей особую, можно сказать – легендарную, славу. Возглавив кафедру Самуил Иосифович имел за плечами уже большой багаж научных и практических знаний.

Гельберг Самуил Иосифович (07.XI.1898-28.I.1992) родился в г. Дубно Волынской губернии в семье служащего. Окончил медицинский факультет Киевского университета в 1923. Основатель и руководитель оспенного отдела Минского санитарно-бактериологического института, заместитель директора по сывороточному делу. С 1931 по 1934 работает ассистентом кафедры гигиены и микробиологии Минского медицинского института [1]. Заведующий экспериментальным отделом клинического тубсанаatoria № 1 ВЦСПС и приват-доцент кафедры туберкулеза Центрального института усовершенствования врачей (1934-1941). Врач-бактериолог эвакогоспиталя № 2042 (1941). Организатор и заведующий отделом особо опасных инфекций Киргизского института микробиологии, эпидемиологии и гигиены (1942-1943). Заведующий кафедрой микробиологии Киргизского мединститута (1944-1959). Организатор и заведующий кафедрой микробиологии Гродненского государственного медицинского

института (1959-1973). Автор 110 научных работ. Кандидат медицинских наук (1936). Доктор медицинских наук («Экспериментальное изучение активности вакцины БЦЖ в связи с проблемой повышения эффективности специфической профилактики туберкулеза», 1955). Профессор (1959). Научные исследования посвящены микробиологии микобактерий. Впервые в СССР показал, что среди основной массы микобактерий туберкулеза человеческого типа обнаруживаются изредка культуры бычьего типа, а также выделил и описал атипичные хромогенные и белые штаммы микобактерий. Один из руководителей широкомасштабного изучения вакцины БЦЖ в нашей стране; приготовленной им вакциной была проведена первая в Беларуси прививка ребенка от туберкулеза (1929). Руководитель и консультант 3 докторских и 24 кандидатских диссертаций, основатель научной школы[2]. Основанная им кафедра в Гродненском государственном медицинском университете в 2000 г. названа его именем.

Первый состав кафедры: С.И. Гельберг, Е.А. Капитанов, Е.М. Богослов, Л.В. Миронова.

Вторым человеком, возглавившим кафедру был Кособуцкий Леонид Антонович. В 1953 окончил Минский государственный медицинский институт и аспирантуру в 1956 при кафедре эпидемиологии Государственного института усовершенствования врачей в г. Ленинграде. С 1956 по 1959 работал старшим научным сотрудником Белорусского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии. В 1960 приезжает в Гродно и становится доцентом а затем с 1973 по 1978 возглавляет кафедру микробиологии Гродненского государственного медицинского института. В 1978 переезжает в г. Харьков заведовать кафедрой микробиологии Украинского института усовершенствования врачей. Автор более 50 научных работ. Кандидат медицинских наук (1957). Доктор медицинских наук («Микобактериофаги: сравнительная характеристика и значение в медицине», 1975). Профессор (1977). Признанный специалист в области изучения микофагов, собранная им коллекция фагов микобактерий входила в тройку крупнейших в мире.

С 1978 по 1979 обязанности заведующего кафедрой микробиологии исполняет Свидченко Аркадий Лукич. Он окончил Львовский медицинский институт (1947) и английский факультет Львовского учительского института (1953). Врач-бактериолог городской СЭС г. Львова (1947-1954). Аспирант кафедры микробиологии Харьковского медицинского института (1954-1957). Врач-бактериолог в Монгольской Народной Республике (1957-1962). Преподаватель Львовского медицинского училища (1962). Ассистент (1962-1968), доцент (1968-1987), заведующего (1978-1979) кафедры микробиологии Гродненского государственного медицинского института. Автор более 40 научных работ. Кандидат медицинских наук (1957), доцент (1968). Научные исследования посвящены изучению комбинированного действия антибиотиков на микроорганизмы, изучению

микрофлоры, сопутствующей туберкулезному процессу. Отличался высокой интеллигентностью, принимал активное участие в общественной жизни, долгое время курировал со стороны администрации института студенческую самодеятельность.

С 1978 по 1998 кафедрой руководит Павлович Сергей Александрович. В 1954 он окончил Ивано-Франковский медицинский институт и с 1952 по 1954 работал фельдшером в детской больнице г. Ивано-Франковска, затем старшим лаборантом (1954), ассистентом (1954-1963) и доцентом (1963-1971) кафедры микробиологии Ивано-Франковского медицинского института. Заведующий кафедрой микробиологии Калининского медицинского института (1971-1977). Переезжает в Гродно в 1978 и становится заведующим кафедрой микробиологии Гродненского государственного медицинского института. В 1998 уволен в связи с окончанием контракта. Автор более 100 научных работ, в т.ч. 6 книг. Руководитель и консультант 6 кандидатских диссертаций. Кандидат медицинских наук (1960). Доктор медицинских наук (1971). Научные исследования посвящены изучению актиномицетов, магнитной восприимчивости микроорганизмов.

В это время на кафедре работало много различных специалистов, среди них: Е.А. Капитанов, П.С. Кульговенья, А.А. Балаклеевская, А.И. Жмакин, С.П. Железняк, А.И. Сасимович, С.Л. Рыбак, С.Я. Миканович, Т.Н. Соколова, аспирант Н.М. Крицкая. Особое внимание заслуживает профессор кафедры Капитанов Евгений Андреевич. В 1954 он окончил Крымский медицинский институт. Врач-микробиолог Бахчисарайского госпиталя инвалидов (1955-1956). Аспирант Центрального научно-исследовательского дезинфекционного института в Москве (1956-1959). Ассистент (1959-1974), доцент (1974-1987), профессор (1987-1997) кафедры микробиологии Гродненского государственного медицинского института. Евгений Андреевич отличался очень высокими человеческими качествами (основатель кафедры профессор С.И. Гельберг именно его рассматривал в качестве своего приемника на посту заведующего кафедрой, но судьба распорядилась по-иному), был прекрасным педагогом, пользовавшимся неподдельной любовью студентов. Бессменно руководил кафедральным СНО. Автор более 50 научных работ, 13 рацпредложений. Кандидат медицинских наук (1964). Доктор медицинских наук («Клеточная иммунологическая реактивность организма в условиях действия анаболических и глюкокортикоидных гормональных препаратов», 1984). Профессор (1987). Научные исследования посвящены изучению особенностей иммунитета при туберкулезе, в последние годы жизни изучал особенности метаболизма стрептомицетов-продуцентов антибиотиков.

За время работы название кафедры менялось трижды: 1959-1998 гг. – кафедра микробиологии, 1999-2000 гг. кафедра микробиологии, вирусосо-

логии и иммунологии, с 2000 г. – кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И.Гельберга.

В настоящее время кафедрой руководит Жмакин Андрей Игоревич. Окончил Гродненский медицинский институт (1980). Аспирант кафедры микробиологии ГрГМИ (1980-1983). Младший научный сотрудник Института биохимии АН БССР в г. Гродно (1983-1989). Ассистент (1989-1998), доцент (1998), заведующий (с 1998) кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И.Гельберга Гродненского государственного медицинского университета. Автор более 70 научных работ и 20 учебных и методических пособий, 2 учебных пособий с грифом МО РБ. Кандидат медицинских наук (1992). Доцент (1998). Научные исследования посвящены изучению проблем популяционной микробиологии, нормальной микрофлоры кишечника и путей ее нормализации при дисбактериозе.

Доценты кафедры: С.А. Островцова, М.В. Горецкая Т.Н. Соколова. В настоящее время состав кафедры значительно помолодел, пришли молодые ассистенты: В.Н. Артюх, А.М. Буклаха, А.Ю. Ефимова, И.В. Николаева, А.Ю. Павлюковец, А.П. Четверик.

В настоящее время на кафедре организовано преподавание дисциплины «микробиология, вирусология, иммунология» на 4 факультетах. Создана электронная библиотека учебно-методических материалов, включающая лекционные курсы для всех факультетов, методические пособия для студентов и преподавателей, атлас микроорганизмов. Для большей части групп факультета иностранных учащихся преподавание ведется на английском языке, для чего разработан комплекс учебно-методических материалов, включающих лекционный курс и лабораторный практикум. Подготовлено более 15 учебно-методических пособий, в том числе 3 – с грифом Министерства здравоохранения БССР и Министерства образования РБ. Издано 3 типовые учебные программы.

Научно-исследовательская работа на кафедре за все время ее существования велась достаточно эффективно и затрагивала наиболее актуальные темы микробиологи своего времени. Основные направления научных исследований: микробиологическая диагностика туберкулеза, иммунология и специфическая профилактика туберкулеза, микобактериофаги, магнитная восприимчивость микроорганизмов, циркаритмы микроорганизмов, дисбактериоз кишечника и взаимодействие бактериальных популяций в пределах одного биотопа, иммунологические изменения при дисбиотических нарушениях, изучение антимикробных свойства новых соединений. Защищены 2 докторские и 14 кандидатских диссертаций. Опубликовано свыше 500 научных работ, в т.ч. 3 монографии. Ряд студенческих работ удостоены дипломов республиканского смотра-конкурса. Ведется и общественная работа. Сотрудники кафедры избирались в органы управления Белорусского общества микробиологов, эпидемиологов и

паразитологов, ведется кураторская работа со студентами младших курсов. Кафедра активно осуществляет сотрудничество с международными университетами: Оксфордским университетом (Великобритания), Белостокским, Гданьским, Люблинским медицинскими университетами (Польша).

Литература:

1. Г. Н. Чистенко История отечественной гигиены и эпидемиологии в XX веке : лекции / Г. Н. Чистенко, Е. Г. Эльяшевич. – Минск : БГМУ, 2011. – 91 с
2. Игнатович, Ф.И. Новые данные о жизни и деятельности профессора Гельберга С.И. / Ф.И. Игнатович, Е.М. Тищенко // Современные проблемы фтизиатрии и пульмонологии : материалы Междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 100-летию со дня рождения проф. С.И. Гельберга. - Гродно, 1999. - Ч. 1. - С. 12-19.

Сороко Е.И.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕХНОЛОГИЙ БОЛЬНИЧНОГО ХОЗЯЙСТВА И ОХРАНЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ИСТОРИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*ГУО « Белорусская медицинская академия последипломного
образования», Минск, Беларусь*

Важнейшей задачей стратегической политики государства в области эффективного развития здравоохранения становится оптимизация использования ограниченных ресурсов с целью максимального удовлетворения социальных потребностей населения в медицинской помощи. При этом важное место принадлежит таким взаимоувязанным приоритетным направлениям ресурсосберегающего механизма инновационного менеджмента как повышение качества кадрового потенциала, сохранения его здоровья и трудоспособности во время трудового процесса. Анализ системы государственного управления охраной труда в нашей стране указывает на необходимость наряду с административными, правовыми, организационными подходами более активного применения форм экономических рычагов управления охраной труда. По данным некоторых зарубежных исследователей, ущерб, наносимый здоровью на производстве и связанные с этим потери для страны, могут исчисляться 4 - 5 % общего валового национального продукта. Поэтому актуальны направления повышения качества трудового менеджмента, определения новых требований к совершенствованию технологий хозяйствования для улучшения условий труда.

Особенно необходимы знания по данным вопросам в здравоохранении, которое занимает особое место по совокупности разнообразных фак-

торов, в том числе опасных и вредных, воздействующих на здоровье работников. В связи с этим по данным ВОЗ средняя продолжительность жизни врачей составляет 54 года, врачи умирают на 10-20 лет раньше своих пациентов [1]. Здравоохранение имеет весомую роль в нематериальной и материальной сфере государства, ведь от того, насколько удовлетворены потребности медицинских работников, зависит качество их работы, а в конечном итоге - и здоровье всего населения, что оказывает влияние на социально-экономическое развитие страны в целом. Именно поэтому экономическому механизму управления технологиями хозяйствования в здравоохранении необходимо уделять огромное внимание. Существует необходимость подготовки и переподготовки специалистов по административно-хозяйственной работе, медицинских менеджеров. Важность решения данного вопроса обусловлена также величиной расходования бюджетных средств в масштабах отрасли. Эксплуатация объектов инфраструктуры занимает от 50 до 75 % выделяемого на инфраструктуру бюджета учреждений здравоохранения. Активизации кадров в отрасли требует подготовки их не только в области здравоохранения, но и по таким направлениям как ремонт, строительство, теплоснабжение, водоснабжение, энергосбережение, вентиляция, санитарно-гигиеническое благоустройство медицинских учреждений и др. Учитывая необходимость в повышении квалификации специалистов по данному направлению, Министерство здравоохранения Республики Беларусь сочло необходимым открыть в 2001 году курс подготовки медицинских менеджеров в Белорусской медицинской академии последипломного образования и предусмотреть дополнительное финансирование открываемого курса. В связи с этим Сороко Е.И. было поручено разработать учебную программу «Технологии больничного хозяйства». Окончательный унифицированный вариант программы был ею разработан в 2001 году в соответствии с заданием Минздрава Республики Беларусь (письмо от 09.02.2001 г. №08-26/1172) и в сентябре 2001 г. представлен в деканат, а 1 октября 2001 г. — в ректорат БелМАПО, в июле 2002 г. — в Минздрав Республики Беларусь. На программу имеются рецензии доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой гигиены и медицинской экологии БелМАПО Тернова В.И. и доктора экономических наук, член-корреспондента НАН Республики Беларусь, профессора Медведева В.Ф. Министром здравоохранения Республики Беларусь учебная программа «Технологии больничного хозяйства» была утверждена в 2002 году и опубликована [2]. Аналогов подобной программы в странах постсоветского пространства в то время не было.

Работа курса началась 7 октября 2002 г. на кафедре общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО (зав.кафедрой доктор медицинских наук профессор Вальчук Э.А.). Курс состоял из трех циклов: «Технологии больничного хозяйства» для заместителей главных врачей по ад-

министративной части (0,5 мес., 72 часа), «Охрана труда в учреждениях здравоохранения» для главных врачей (0,25 мес., 36 часов), «Охрана труда и техника безопасности в учреждениях здравоохранения» для инженеров по охране труда в учреждениях здравоохранения (0,5 мес., 72 часа).

При разработке программ по охране труда был использован опыт кафедры гигиены и медицинской экологии (зав. кафедрой д.м.н. профессор Тернов В.И.), где в 2001 году был создан и функционировал курс ПК по охране труда в здравоохранении для инженеров по охране труда на платной основе, руководителем курсов был доцент, кандидат мед. наук Э.П.Боклаг и занятия по охране труда вели сотрудники этой кафедры и приглашенные специалисты на почасовой основе.

По курсам «Технологии больничного хозяйства и охраны труда» педагогический персонал состоял преимущественно из сотрудников кафедры общественного здоровья и здравоохранения (зав. кафедрой доктор мед. наук, профессор Э.А. Вальчук). Фактически организационную, методическую работу и учебный процесс на курсах осуществляли постоянный куратор, доцент на полную ставку с 2001 г по настоящее время (кандидат экономических наук, доцент Е.И.Сороко), старший преподаватель на полставки (кандидат мед. наук В.Н.Гурко, 2003 г.), лаборант на полную ставку (Ю.А Кирдей) и лаборант на 0,25 ставки (Т.В.Ярош, ведущий лаборант кафедры гигиены и медицинской экологии, 2003 г.).

С 21.08.2006 г. курсы «Технологии больничного хозяйства и охраны труда» в соответствии с решением коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь переведены в состав кафедры экономики и бухгалтерского учета в здравоохранении, сотрудники которой (зав. кафедрой доцент, кандидат мед. наук Кульпанович О.А., старшие преподаватели Ключ Т.А. и Лихтарович Е.Е.) подключились к работе на данном направлении. Подбор педагогического персонала по курсам с привлечением внешних специалистов-практиков, а также преподавателей из других кафедр осуществлялся по мере отработки программ по охране труда и максимального приближения их к медицинской специфике и усиления изучения экономических аспектов на курсах.

С 2001 по 2014 год разработаны и утверждены 23 учебные программы ПК для главных врачей, их заместителей и руководителей структурных подразделений организаций здравоохранения с высшим медицинским образованием. В том числе учебные программы, которые применяются в настоящее время в учебном процессе на курсах ПК БелМАПО: «Правовое регулирование и оценка профессиональных рисков в организациях здравоохранения», «Правовые технологии управления охраной труда в организациях здравоохранения», «Управление технологиями больничного хозяйства», «Охрана труда в организациях здравоохранения» для руководителей учреждений здравоохранения, их заместителей, руководителей структурных подразделений с высшим медицинским образова-

нием. Методологическую помощь в разработке программ оказывал профессор Тернов В.И., являясь основным рецензентом многих учебных программ.

При этом учебная, методическая, организационная, маркетинговая, информационная деятельность, отработка современных методов подготовки специалистов на основе международной системы стандартов профессиональной безопасности и гигиены строится с учетом специфики медицинского труда по всем основным специальностям, номенклатуре организаций здравоохранения, социально-экономической эффективности трудоохранных мероприятий.

Учитывается также и половозрастной состав занятых в здравоохранении республики. Значительное внимание уделяется вопросам охраны труда женщин, так большинство занятых в здравоохранении – женщины. В процессе обучения выявляются экономические направления совершенствования эксплуатации инфраструктуры, зданий, сооружений, оборудования, механизмов для улучшения охраны труда в учреждениях здравоохранения, обозначаются требования по корректировке и пересмотре целого ряда нормативных документов, по экономической заинтересованности работодателей в обеспечении безопасных условий труда работников.

Разработка учебных программ, опыт обучения руководителей на курсах повышения квалификации способствовали совершенствованию нормативной базы отрасли, разработке ряда учебно-методических рекомендаций и пособий.

В соответствии с договором №7 от 31 октября 2006 г. Министерства здравоохранения Республики Беларусь и БелМАПО выполнялось задание Республиканской целевой программы по улучшению условий и охраны труда на 2006-2010 годы согласно Постановлению Совета Министров Республики Беларусь от 02 августа 2006 года №990 по разработке общих правил по охране труда в организациях здравоохранения. Правила были разработаны группой сотрудников БелМАПО. Состав группы: руководитель и основной разработчик доцент, кандидат экономических наук Сороко Е.И., профессор кафедры гигиены и медицинской экологии доктор медицинских наук Тернов В.И., доцент кафедры гигиены и медицинской экологии кандидат медицинских наук Зятиков Е.С., старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения Шваб Л.В., инженер-электроник Подберезский Д. Ю. и др. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июня 2009 г. №64 «Правила по охране труда в организациях здравоохранения» утверждены и опубликованы в Национальном реестре правовых актов Республики Беларусь 23 июня, 2009, №8/21090.

Был разработан ряд учебно-методических пособий, в том числе сборники [3,4], в которых собрана и систематизирована информация, литература, инструкции, правила и методические рекомендации по охране

труда в службах, подразделениях и лечебно-профилактических отделениях по охране труда медицинских работников различных специальностей, при эксплуатации зданий, сооружений, территорий в здравоохранении, а также нормативно-правовая документация по профильным направлениям. Ценность сборников в их непреходящей актуальности. Это обусловлено разными причинами, в том числе и нехваткой научных кадров, и недостаточным финансированием научно-исследовательских изысканий в данном направлении во всех странах СНГ. Формирование системы трудоустроительного образования является главным критерием социальной защищенности работников здравоохранения [5].

Совершенствование экономических аспектов образовательных технологий по управлению и организации хозяйствования и охраны труда в учреждениях здравоохранения направлено на улучшение качества жизни медицинских работников для дальнейших возможностей экономического роста и увеличения ВВП Республики Беларусь.

Литература:

1. Алексеев А.А. Врачи – заложники смерти: почему врачи уходят из жизни на 10-20 лет раньше своих пациентов. М., Триада плюс, 3-е издание, 2000, 343 с.
2. Сороко Е.И. Организационно-хозяйственные технологии в здравоохранении (программный продукт). – Международный научно-практический журнал «Организация и управление». Мн., 2002. - №1-2, с. 243-285.
3. Охрана труда в здравоохранении. Перечень законодательных и нормативных документов, литературы. /Автор и составитель Е.И.Сороко. – Мн.: ОДО «ЛОРАНЖ-2», 2003. -116 с.
4. Сборник нормативных документов и инструкций по охране труда в системе здравоохранения Республики Беларусь. В двух частях./сост. Е.И.Сороко, Д.Т.Суфрунков. — Мн., ЛОРАНЖ-2, 2005, ч.1- 400 с., ч.2 - 456 с.
5. Радомская Т. И., Сороко Е.И. Образование повышает качество жизни. Курсам повышения квалификации руководителей в организациях здравоохранения по охране труда в БелМАПО – 10 лет! – «Охрана труда и социальная защита», №3, 2012, с. 62-64.

Сосонкина В.Ф.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В МИНСКЕ И МИНСКОЙ ГУБЕРНИИ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ», Минск, Беларусь

Значительную пользу военнослужащим армий и гражданскому населению вгоды Первой мировой войны оказывали многие организации, в числе которых Всероссийский земский союз помощи больным и раненым (ВЗС). ВЗС был создан 25 июля 1914 г., инициатором его образова-

ния была Московская земская управа. Финансы ВЗС в основном складывались из правительственных субсидий [1].

ВЗС имел химико-фармацевтический завод в Москве, выпускал в первую очередь фармацевтические субстанции, из которых на местах могли изготавливать разные лекарственные формы. В числе таких субстанций были: полуторохлористое железо, очищенный серноокислый калий, серноокислый натрий, серноокислый цинк, серноокислая магнезия, хлористый натрий. На заводе изготавливались также горчичники. [2].

Военные формирования ВЗС в своей структуре имели много медицинских учреждений, в состав которых входили и аптечные.

После проведенного в сентябре 1915 г. разделения комитета Северо-Западного фронта ВЗС Комитет Западного фронта ВЗС (далее – Комитет) вскоре был переведен в Минск. Медико-санитарными вопросами в Комитете занималось медицинское бюро. Одно из постановлений Комитета (от 3 октября 1915 г.) предусматривало организацию центрального аптечного склада в Смоленске и его районных филиальных отделений в Полоцке, Витебске, Орше, Минске, Бобруйске и Гомеле [1].

По мере изменения обстановки на фронте происходила передислокация медицинских учреждений и соответственно аптечных складов. По состоянию на 1 декабря 1916 г. медицинскому бюро Комитета подчинялись 12 аптечных складов: в Минске склад медицинского бюро (управляющий Ельницкий), центральный (управляющий Тржицкий В.И.) и склад № 12 (управляющий Теумин В.М.); районный склад в Орше (управляющий Старон А.Р.); склад подвижной № 1 в м. Полоцканы (управляющий Пенчковский А.Р.), ныне дер. Молодечненского района; склад № 8 в Вилейке (управляющий Гершфельд А.Д.); склад подвижной № 3 в м. Кривичи (управляющий Дышо И. И.), ныне дер. Мядельского района; склад № 9 в м. Мир (управляющий Юшкевич Б.Р.); склад № 4 в м. Осиповщина (управляющий Лисовский М.Ю.), ныне дер. Сморгонского района; районный склад в Слуцке (управляющий Филлипович В.С.); склад подвижной № 5 в Лунинце (управляющий Гржелецкий); склад № 11 в Несвиже (управляющий Глинкевич В.А.).

Почти все госпитали и больницы, подведомственные Комитету, имели аптеки. Например, госпитали №№ 2, 12, 13, 14 в м. Хвоево (ныне дер. Несвижского района); № 1 в м. Осиповщина; № 3 в м. Жеребковичи (ныне дер. Ляховичского района); № 10 в м. Койданово (ныне г. Червень); № 11 м. Столбцы; № 15 в м. Синявка; полевые запасные госпитали в Минске – № 221 (управляющий аптекой Островский) и № 322 (управляющий аптекой Гапанюк); полевой подвижный лазарет в Минске № 319 (управляющий аптекой Яцковский); больницы заразные – № 3 в м. Радунь; № 4 в м. Остров (ныне дер. Ляховичского района); № 6 в м. Мир; № 7 в ф. Старое (ныне дер. Старое Село Минского района); в м. Ново-

Свержень (ныне дер. Столбцовского района); в м. Песочное (ныне дер. Копыльского района) и др. [3,4].

Из перечисленных выше аптечных учреждений большим материалом располагаем о деятельности центрального аптечного склада Минского губернского комитета ВЗС. Он был организован в 1915 г., располагался в районе действующей 10-й армии. Основная задача центрального аптечного склада – обеспечение лечебно-санитарных учреждений, входящих в структуру Минского губернского комитета ВЗС. Заведующим аптечным складом были провизоры Гриневецкий Я.С., Стоцкий Э., Филимонов П. и др. Штат склада составлял 5 человек, кроме заведующего был бухгалтер, дрогист, фармацевт (ассистент), артельщик. Склад работал ежедневно с 9 до 4 часов дня и с 6 до 9 часов вечера, а по воскресным и праздничным дням – с 11 до 3 часов дня. При этом частные заказы выполнял в будние дни до 4 часов дня, а в праздничные – до 3 часов дня. За складом была закреплена подвода для доставки грузов к отправке. Медикаменты, аптечные и врачебные принадлежности поступали на склад от центрального аптечного склада главного комитета ВЗС (Москва) и отправлялись учреждениям по назначению в основном железнодорожным транспортом вместе с имуществом других вещевых складов комитета. По состоянию на 1 января 1917 г. на аптечном складе в Минске находилось только одних медикаментов более 200 наименований (химические препараты, дезинфекционные средства, мази, настойки, масла, пластыри, лекарственное растительное сырье и т.д.). В числе лекарственных средств были кокаин, морфин, кофеин-натрия бензоат, бензойная кислота и др. в ампулах, капли Боткина, капли Датского короля, капли Гофманские, крезол, ксероформ, лизол и мн. др. Отпуск производился на основании требований учреждений. В течение марта 1917 г. аптечным складом отгружено товаров более 50 учреждениям (лазареты, врачебно-наблюдательные пункты, врачебно-питательные пункты, изоляционные больницы, эпидемические отряды, амбулатории, детский приют и др.). Складом отпускался товар непосредственно и в аптеки, которые находились в ведении комитета ВЗС (местечко Мир, Игумень и г. Речица), а также по указанию главного комитета ВЗС лечебно-санитарным учреждениям других губерний (г. Варшава, Брест-Литовск и проч.). Склад занимался также дезинфекцией пришедших в негодность резиновых изделий из лечебных учреждений и отправкой их для «починки» в Москву на склад предметов ухода за больными. Осенью 1917 года центральный аптечный склад из Минска был переведен в Речицу, завершилась его работа после реорганизации ВЗС на основании Декрета СНК от 29 декабря 1917 г. № 187 [5].

Накануне Первой мировой войны на территории Минской губернии действовали 104 вольные аптеки в 81 населенном пункте и около 200 аптекарских магазинов. Большинство из них продолжали свою работу и в военный период. В Минске насчитывалось 11 частных аптек и одна го-

родская аптека (снабжала шесть городских медицинских учреждений). При пяти минских вольных аптеках были химико-бактериологические кабинеты и дезинфекционные отделения (магистров фармации А.О. Коварского, Д.И. Найдуса и провизоров И.И. Грозовского, Л.И. Гинзбурга, Г.Б. Шмуйловича). Заведовали ими сами владельцы аптек. Кабинетами чаще всего проводились анализы внутренностей человека и животных и их органов, а отделениями – дезинфекция помещений и внутренней обстановки.

Крупными аптекарскими магазинами в Минске являлись магазины Гольдберга, Е. Шейнгауза, М.К. Гурвича и др. Аптекарский магазин Г. Гурвича также поставлял медикаменты и другие медицинские предметы военным госпиталям, лазаретам Красного креста и ВЗС [5].

В 1916 году Минске функционировало 16 военных, гражданских и Красного Креста лечебных учреждений. Из-за отсутствия в России необходимого количества хлопка для выпуска пироксилина и бездымных порохов минские лечебные учреждения были готовы ежемесячно отправлять на пороховые заводы около 65 – 70 пудов использованного перевязочного материала [6].

Таким образом, в годы Первой мировой войны медицинское снабжение госпиталей и лечебно-санитарных учреждений в Минской губернии осуществляли в основном аптечные склады ВЗС. Большинство госпиталей и лазаретов имели в своей структуре аптеки. Вольные аптеки осуществляли лекарственное обеспечение гражданского населения. Владельцы некоторых частных аптек внесли определенную лепту в проведение противоэпидемиологических мероприятий путем организации химико-бактериологических кабинетов и дезинфекционных отделений при аптеках.

Литература

1. ГУ «Национальный исторический архив Беларуси». – Фонд. 700. – Оп. 3. – Д. 8. – Л. 3 – 21.
2. ГУ «Национальный исторический архив Беларуси». – Фонд 2513. – Оп. 1. – Д. 243. – Л. 44.
3. ГУ «Национальный исторический архив». – Фонд. 700. – Оп. 3. – Д. 1. – Л. 2 – 37.
4. ГУ «Национальный исторический архив Беларуси». – Фонд. 299. – Оп. 3. – Д. 1841. – Л. 1 – 21.
5. Сосонкина, В.Ф. Фармацевтическое дело в Беларуси (в составе Речи Посполитой и Российской империи). Исторический очерк / В.Ф. Сосонкина. – Минск: ГП «СтройМедиаПроект, 2014. – С. 26 – 27, 88.
6. ГУ «Национальный исторический архив Беларуси». – Фонд. 299. – Оп. 3. – Д. 1841. – Л. 1 – 21.

Сосонкина В.Ф., Гончарова Е.Н.

О СОХРАНЕНИИ ИСТОРИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ ОБ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ФАРМАЦИИ

*Республиканское общественное объединение фармацевтических
работников «ФАРМАБЕЛ», Минск, Беларусь
РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ», Минск, Беларусь*

В нынешнем столетии проявляется повышенный интерес у работников предприятий «Фармация» к истории аптечной службы Беларуси.

Шесть отдельно стоящих зданий аптек включены в реестр историко-культурных ценностей Республики Беларусь: три аптеки Брестского РУП «Фармация» (№3 г. Брест, №17 г. Кобрин, №21 г. Барановичи); центральная аптека №87 г. Поставы Витебского РУП «Фармация»; аптека №1 Гродненского РУП «Фармация» (г. Гродно); аптека №88 РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ» (г. Минск).

Учитывая значимость исторических объектов, руководство предприятий уделяет особое внимание поддержанию их в надлежащем состоянии, а также оформлению фасада, интерьера и дизайна торгового зала аптеки в историческом стиле.

Например, для аптеки №88 в Минске художниками предложен стиль аптеки эпохи XVII века – прототип «зеленой лавки». Тамбур аптеки выложен керамической плиткой, определенной технологии с использованием ручной росписи. На плитках изображены средневековые символы – крокодил (символ здоровья и долголетия), почти все алхимические знаки и фармацевтическая символика (весы, ступки, реторты и т.д.). В торговом зале размещены четыре керамических панно с изображением различных лекарственных растений и фармацевтической символики, а также фарфоровые напольные вазы и кашпо, аптечная фарфоровая и стеклянная лабораторная посуда. Авторы эскизов – А.Е. Дятлова и О.Ю. Сазыкина (члены Союза художников Беларуси).

В другом стиле оформлен торговый зал аптеки №21 г. Барановичи после ремонта в 2012 г. Здесь находится изображение по мотивам средневековых гравюр в стиле сграфитто. Прилегающая к аптеке территория благоустроена под «аптечный огород». Двухэтажное здание было построено провизором Станиславом Лаевским в конце 20-х годов прошлого столетия.

Не менее оригинально выглядит интерьер торгового зала аптеки №1 и №36 Гродненского РУП «Фармация» (г. Гродно): в первой – на панно (художественная лепка) изображены памятники архитектуры г. Гродно, а в аптеке № 36 – Франциск Скорина (белорусский первопечатник, ученый энциклопедист, просветитель, первый дипломированный врач на белорусских землях, преподавал ботанику и лекарствоведение на медицинском университете Пражского университета).

В 2010 г. на базе аптеки №88 (ул. Сторожевская, 3 в Троицком предместье) организован кабинет истории фармации, коллекция которого включает более 800 единиц аптечных предметов и 340 фармацевтических книг. В 2012 г. созданы исторические экспозиции в аптеке № 21 г. Барановичи. Данные исторические объекты не являются туристическими, они предназначены для студентов медицинских учреждений образования и специалистов здравоохранения. В частности, за период функционирования кабинет истории фармации в Минске посетили 1360 человек, в том числе коллеги из стран ближнего зарубежья.

Проводится работа в этом направлении и в других аптеках. В Рогачевской центральной аптеке №17 Гомельского РУП «Фармация» выделено отдельная комната для размещения различных экспонатов по истории аптечного дела в районе.

В 2014 г. планируется создание аналогичных исторических экспозиций на базе одной из аптек в Бресте, Гомеле, Несвиже и др.

Более подробно ознакомиться с указными выше коллекциями можно на сайте РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ» в разделе «История фармации». Здесь же размещены знаменательные даты и события в фармацевтической службе Беларуси, с 2014 г. создан новый подраздел «Виртуальные выставки» с демонстрацией старинных фармацевтических книг (Российская фармакопея первого издания, 1866 год и др.).

На каждом предприятии изданы книги, отражающие становление и развитие аптечного дела в Минске и в областях Республики Беларусь на разных исторических этапах, трудовые заслуги людей. По случаю юбилейных дат со дня образования аптечных управлений, открытия аптек, аптечных складов и других важных событий практикуется выпуск также красочных буклетов, брошюр, календарей и т.п. для коллективов структурных подразделений предприятий.

На праздничные мероприятия приглашаются работники разных поколений, в том числе ветераны аптечной службы.

Специалисты предприятий «Фармация» постоянно готовят материалы на исторические темы для опубликования в местных и республиканских средствах массовой информации, а также в журналах «Рецепт», «Вестник фармации». Систематически выступают на научно-практических конференциях.

Работники Мстиславской центральной аптеки №15 принимают активное участие в районном фестивале средневековой культуры «Рыцарский фэст». К празднику аптека оформляет стенд по истории аптечного дела на Мстиславщине, собственными силами шьет одежду аптекаря той эпохи и организовывает «зеленую лавку», услугами которой пользовались местные жители в те далекие времена.

В феврале 2014 г. республиканским общественным объединением фармацевтических работников «ФАРМАБЕЛ» образован клуб по истории

фармации. В соответствии с положением о клубе основной целью его деятельности является изучение истории и популяризация фармацевтических традиций среди фармацевтических работников Республики Беларусь.

Основными задачами клуба являются: сохранение, поддержание и развитие традиций, присущих фармацевтической науке и практике в целом, УП «Фармация» и фармацевтических предприятий в частности; изучение истории развития фармации своего региона, своего предприятия или его структурного подразделения (аптеки, аптечного склада, контрольно-аналитической лаборатории); подготовка и публикация статей по результатам исследования в специализированных изданиях и средствах массовой информации, выступления на научно-практических конференциях и т.д.; организация кабинетов, комнат, стендов истории фармации на предприятии и др.

Клуб по истории фармации является добровольным объединением фармацевтических работников, проявивших интерес к истории фармации и творческой работе. Руководит деятельностью клуба председатель, который избирается членами клуба. Свою работу клуб проводит согласно плану, утвержденному председателем клуба, план работы клуба направляется членам клуба. По состоянию на 1 июля 2014 г. членами клуба являются 17 провизоров предприятий «Фармация».

Таким образом, проводимая предприятиями «Фармация» и РООФР «ФАРМАБЕЛ» разнообразная работа по сохранению фармацевтического наследия и ценных традиций способствует воспитанию у специалистов чувства значимости избранной профессии и не позволяет прервать историческую связь поколений.

Сосонкина В.Ф.

**ЗИНОВИЙ ЗИНОВЬЕВИЧ МИХЕЛЬСОН – ОРГАНИЗАТОР
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА НА МОГИЛЕВЩИНЕ,
ГОМЕЛЬЩИНЕ И ПИНЩИНЕ, УЧАСТНИК ПЕРВОЙ И
ВТОРОЙ МИРОВЫХ ВОЙН**

*Республиканское общественное объединение фармацевтических
работников «ФАРМАБЕЛ», Минск, Беларусь*

Документы архива РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ» свидетельствуют о большом вкладе Зиновия Зиновьевича Михельсона в развитие аптечного дела Беларуси в советский период. Родился З.З. Михельсон в г. Чаусы Могилевской губернии (1896). В год его рождения умер отец. Содержание и воспитание детей легло на плечи матери, которая до Октябрьской революции (1917) занималась мелкой торговлей.

В 1914 году Зиновий сдал экзамен на звание аптекарского ученика в гимназии г. Мстиславль Могилевской губернии и поступил на службу в вольную аптеку провизора Корновского в г. Чериков Могилевской губернии, где прослужил до призвания в царскую армию (август 1915 г.). Вначале служил рядовым в полку, а в 1916 году был назначен начальником аптеки передового перевязочного лазарета. В царской армии прослужил до Февральской революции (1917).

В 1917 году он возвратился домой в г. Чаусы и поступил на службу в местную частную аптеку Минкина. В 1918 году участвовал в национализации этой аптеки и принял руководство ею. В 1919 году З.З. Михельсон прошел учебу в первом Московском государственном университете, после успешной сдачи экзамена ему присвоено звание аптекарского помощника. Зиновий Зиновьевич управлял чаусской советской аптекой с 1919 по 1922 годы.

Около 20 лет трудовой деятельности З.З. Михельсона связаны с Гомельщиной. На протяжении 8 лет руководил первой речичской аптекой (1922 – 1930), был депутатом Речицкого городского совета (1924 – 1925).

Руководство Гомельского фармауправления заметило в З.З. Михельсоне хорошие организаторские способности и деловые качества. В мае 1930 г. он был переведен на должность управляющего аптекой № 4 г. Гомеля, в августе 1931 г. на такую же должность в аптеку № 3. В мае 1932 г. Зиновий Зиновьевич назначен заместителем директора кустовой аптеки в Гомеле, а через год директором и руководил кустовой аптекой 7 лет.

В 1941 г. был переведен на должность заместителя начальника Гомельского областного отделения Главного аптечного управления.

Зиновий Зиновьевич активно занимался общественной работой. Еще в 1918 году был избран председателем союза аптечных работников в г. Чаусы, а в 1928 году – председателем центрального союза мед.сан.труд в г. Речица. В 1925 году был назначен Гомельским губисполкомом членом ревизионной комиссии Гомельского фармауправления. Постоянно избирался членом ревизионной комиссии обкома мед.сан.труд, а в конце 30-х годов председателем Гомельского обкома мед.сан.труд.

С первых дней Великой Отечественной войны З.З. Михельсон был призван в ряды Красной армии. В период ВОВ руководил аптекой эвакуационного пункта 105 Западного фронта, возглавлял медснабжение МЭП (ФЭП) в различных военных округах.

З.З. Михельсон награжден медалями – «За боевые заслуги» (1943), «За оборону Кавказа» (1944), «За победу над Германией» в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 годах (1945).

После окончания ВОВ и демобилизации из армии в марте 1946 г. З.З. Михельсон назначен начальником Пинского областного аптекоуправления (до него руководителем был Шурпач).

В состав Пинской области входило 11 районов – Ганцевичский, Давид-Городокский, Дрогичинский, Жабчицкий, Ивановский, Ленинский, Логишинский, Лунинецкий, Пинский, Столинский и Телехановский.

Зиновий Зиновьевич вместе со своим заместителем Шатохиным Ф.С. занимались организацией медицинского обеспечения населения и учреждений здравоохранения, расширением аптечной сети области. Поскольку Шатохин Ф.С. не имел фармацевтического образования, в начале 1952 года на должность заместителя управляющего аптекоуправлением был назначен провизор Атаров Л.Т.

Из-за острой нехватки фармацевтических кадров в послевоенные годы довольно часто на руководящих должностях в аппарате и аптечных учреждениях были лица, окончившие фельдшерско-акушерские школы. В их числе заведующий Пинским областным аптечным складом Королев С.Н. (руководил складом с 1947 по май 1963 годы).

Следует отметить, что Михельсон З.З., Шатохин Ф.С. и Королев С.Н. в годы ВОВ осуществляли медицинское снабжение воинских формирований. Поэтому при назначении их на соответствующие должности руководством ГАПУ МЗ БССР в первую очередь были учтены практические навыки в этой области.

На 1 января 1952 года в структуру Пинского аптекоуправления входило 29 аптек, аптечный склад и контрольно-аналитическая лаборатория (заведующий провизор Щеглова Т.В.).

Зиновий Зиновьевич Михельсон возглавлял аптечную службу Пинской области по август 1952 года.

В служебных характеристиках, данных руководством ГАПУ МЗ БССР, З.З. Михельсон отмечался, как честный и добросовестный работник, хорошо знавший организацию фармацевтического дела.

Положительно отзывается об З.З. Михельсоне Наталья Ивановна Орлова, бывшая заведующая центральной районной аптекой № 134 Пинского района Брестской области: «Впервые я встретила с Зиновием Зиновьевичем летом 1952 года – в период передачи им дел Пинского областного отделения ГАПУ МЗ БССР новому управляющему Атарову Л.Т. Зиновий Зиновьевич оставил у меня впечатления умного, спокойно-го, рассудительного, благородного, уважительного и доброжелательного человека. Потом он некоторое время работал ночным дежурником в аптеке № 1 г. Пинска (ныне аптека № 64). Он был инвалидом II группы, его постоянно мучили полученные в военные годы раны. Жена З.З. Михельсона преподавала фармакологию в Пинском медицинском училище. У них были дочь и сын».

Умер Зиновий Зиновьевич Михельсон в 1963 году в Пинске.

Строев Ю.И., Чурилов Л.П.
ВОЙНЫ И СУДЬБА ДИНАСТИИ МЕДИКОВ ОППЕЛЕЙ В
РОССИИ

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия*

Имперский патриотизм не должен опускаться до национальной мелкотравчатости. Если последнее происходит, то патриотизм вырождается в национализм, а страны – распадаются. Примером могут служить развал СССР и последние события на Украине.

Династия российских медиков Оппелей началась с врача Христофора Федоровича Оппеля, который получил медицинское образование в Европе и в 1788 г. прибыл в Россию. В 1790 г. его определили в г. Касимов сначала на лекарскую, а потом на докторскую вакансию. В 1803 г. императрица Мария Федоровна открывает в Москве больницу для бедных, куда его пригласили на должность главного доктора. Он составил правила для управления больницей, одобренные императрицей. В 1822 г. для младшего персонала больницы (из бедных вдов) Х.Ф. Оппель написал учебник – «Руководства и Правила, как ходить за больными...». Кстати, в левом флигеле Мариинской больницы в 1821–1837 гг. жила семья штаб-лекаря М.А. Достоевского – отца великого писателя Ф.М. Достоевского, который здесь родился, провел детство и отрочество, а после смерти матери, в 1837 г., уехал учиться в Санкт-Петербург.

В 1812 г. перед вступлением в Москву Наполеона Х.Ф. Оппелю была поручена в управление вся Мариинская больница, в которой он оказывал помощь как русским, так и французским солдатам и офицерам. По мнению его правнука профессора В.А. Оппеля, Х.Ф. Оппель «раньше Женевской конвенции стал на точку зрения нейтралитета врачей при подаче помощи раненым». Х.Ф. Оппель одним из первых он осмотрел рану П.И. Багратиона и предложил ампутацию ноги, которую вовремя не сделали, и генерал погиб от гангрены. Даже сам Наполеон предлагал Х. Ф. Оппелю перебраться во Францию, на что тот ответил, что присягал России и останется с русскими ранеными. Между прочим, он был одновременно удостоен наград и от императора Александра I, и от Наполеона, получил дворянское звание и вошел в историю как участник Отечественной войны 1812 г.

В дальнейшем Х.Ф. Оппель (1813–1814 гг) участвовал во временном врачебном комитете по выработке мер к прекращению повальных болезней, открывшихся в некоторых уездах Московской губернии. В 1822 г. он был произведен в доктора медицины, а в 1826 г. ему был пожаловали чин действительного статского советника. В 1830 г. Х.Ф. Оппель участвовал в медицинском совете, созванном московским военным генерал-губернатором по случаю холеры. Он был также членом Физико-

Медицинского общества и общества Испытателей природы при Московском университете. Настоящий патриот России, врач, гуманист и писатель Х.Ф. Оппель скончался в 1835 г. в Москве. Его сын Алексей был архивистом, а внук Андрей – композитором.

Правнук Х.Ф. Опделя – Владимир Андреевич Оппель – родился в Санкт-Петербурге в 1872 г. В младших классах он не блистал учебой, но гимназию окончил с серебряной медалью и поступил в Императорскую Военно-медицинскую Академию (ИВМА). Окончив её в 1891 г., В.А. Оппель был оставлен при хирургической клинике. В 1899 г. он защитил докторскую диссертацию о лимфангиомах и в 1900 г. был направлен в заграничную командировку, работая у Р. Вирхова и И.И. Мечникова. В 1902 г., по возвращении в Санкт-Петербург, его избирают приват-доцентом, а с 1903 г. – старшим ассистентом госпитальной хирургической клиники ИВМА. В 25 лет В.А. Оппель становится профессором. В 1904 г., во время русско-японской войны, он организовал курсы сестер милосердия, где читал лекции.

Когда началась первая Мировая война, В. А. Оппель в августе 1914 г. в качестве хирурга-консультанта от Главного управления Российского общества Красного Креста отправился сначала на Северо-Западный, а затем – на Кавказский фронт, где заведовал медицинской частью Красного Креста. Летом 1915 г. он – хирург-консультант Юго-Западного фронта. Он месяцами трудится в действующей армии хирургом-консультантом и хирургом фронта, занимаясь лечением раненых, уделяя при этом особое внимание системе этапного лечения. За этот труд в 1916 г. он был отмечен наградой «За отличие под огнем неприятеля».

В.А. Оппель развил учение Н.И. Пирогова о медицинской сортировке, дальнейшее и практическое совершенствование которой связано, прежде всего, с его именем. Именно В.А. Оппель предложил стройную систему этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению: «...мы невольно сразу сталкиваемся с сортировкой раненых как основным элементом организации хирургической помощи во время войны». В основу медицинской сортировки он положил два признака – лечебный и эвакуационный, впервые связав их между собой в рамках единого процесса лечебно-эвакуационного обеспечения войск. О сущности самой сортировки он сказал: "Раненый получает такое хирургическое пособие, тогда и там, где и когда в таком пособии обнаружена необходимость. Раненый эвакуируется на такое расстояние от линии боя, какое наиболее выгодно для здоровья. Лечение раненых, связанное с эвакуацией, я назвал – этапным лечением". Таким образом, В.А. Оппель разработал учение о необходимости приближения активной хирургической помощи раненым к полю боя, специализации полевых госпиталей, создания резервов для их использования на наиболее важных направлениях. Его по праву можно считать основоположником военно-медицинской логистики – учения об

этапном лечении. После Н.И. Пирогова он признан самым крупным исследователем в этой области. Положения В.А. Оппеля о медицинской сортировке как «групповой диагностики» были успешно реализованы в боях на оз. Хасан, реке Халхин-Гол, но особенно во время Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Медицинская сортировка и ранняя хирургическая помощь способствовали нашим медикам вернуть в строй 72,3 % раненых солдат и офицеров, которых хватило бы для формирования 50 дивизий. Роль и значение в этом отношении отечественных хирургов и, в частности, В.А. Оппеля невозможно переоценить. Организация и система лечебно-эвакуационного обеспечения войск, заложенные В.А. Оппелем, и в наше время позволяют оказывать своевременную помощь раненым в ходе проведения контртеррористических операций на Северном Кавказе.

Патриот России, В.А. Оппель служил Родине, а не конкретному политическому режиму. В 1915 г. его титулуют статским советником. После Февральской революции он становится президентом ВМА (март-июль 1917 г.), затем возглавляет ее клинику, организует медицинскую помощь в войсках Российской республики на Северном, а затем (уже в Красной Армии) – на Южном фронте, удостоивается первой премии Реввоенсовета за труд о предупреждении отморожений в полевых условиях (1920). В дальнейшем он возглавлял хирургические клиники больницы им. И. И. Мечникова, Рентгенорадиологического института и Ленинградского ГИДУВа. Известен В.А. Оппель и как историк медицины, теоретик биоэтики и деонтологии. Он опубликовал оригинальный труд – «История русской хирургии» (1923 г.), до сих пор не утративший своего значения. В этой книге он резко выступает против историков медицины, преувеличивающих в развитии отечественной хирургии иностранных врачей, в частности, немецких. В 1931 В.А. Оппель организует первую в России кафедру военно-полевой хирургии.

Всемирно известный хирург был членом ряда медицинских обществ, организовал Ленинградское отделение Российского эндокринологического общества (1926 г.), состоял почетным членом многих хирургических обществ в нашей стране и за рубежом, в частности, Королевского медико-хирургического общества в Лондоне.

В 1930 г. В.А. Оппель неожиданно заболевает и повторно оперируется по поводу злокачественной опухоли левой верхней челюсти, которую ему удалили вместе с левым глазом. А в сентябре 1932 г. он был вынужден оставить работу. Через месяц В.А. Оппель умер.

Несмотря на колоссальные заслуги династии Оппелей в России, судьба сына В.А. Оппеля – Владимира Владимировича Оппеля (1900–1962) – сложилась воистину трагически. Подростком он ушел санитаром-добровольцем на первую Мировую войну. Окончив в дальнейшем ВМА, он стал одним из первых докторов медицинских наук советского времени,

профессором академической кафедры биохимии. Во время войны ВМА была эвакуирована в Самарканд. И именно здесь, в 1942 г., обвиненного в «прогерманских настроениях и связях с контрреволюционной организацией» В.В. Оппеля арестовывают как немца по крови (хотя 4 поколения его прямых предков по женской линии – русские супруги Оппелей) и требуют давать показания на сослуживцев. Он отказался, и его дело приняло страшные формы: он был приговорен к расстрелу. Его поместили в камеру смертников, где он 72 дня (!) ожидал выполнения приговора. В результате – тяжелая гипертоническая болезнь. Осенью 1942 г. В.В. Оппелю дали 10 лет исправительно-трудовых лагерей. Накануне зимы 1952 г. его, полностью отбывшего срок за мнимые преступления, освободили. Этапом его доставили в Караганду, где он и жил. В Ленинград В.В. Оппель вернулся полностью реабилитированным и совершенно больным лишь в 1955 г. и через несколько лет умер.

Погребены отец и сын Оппели рядом, на Богословском кладбище Санкт-Петербурга, недалеко от больницы им. И.И. Мечникова, где отец работал (ныне – больница им. Петра Великого).

Давно, в 1916 г., В. А. Оппель в своем дневнике написал о том, как в 100-летний юбилей первой Мировой войны его потомков, возможно, наградят памятной медалью, но добавил: «...может быть, это глупо: может быть, и потомков никаких не останется». Его опасения оказались почти пророческими...

Настоящая работа, написанная нами накануне 100-летия со дня первой Мировой войны, – дань глубокого уважения к достойной династии русских патриотов с немецкими корнями – врачей Оппелей.

***Суконко О.Г.¹, Мойсеев П.И.¹, Машевский А.А.¹, Петрова С.А.¹,
Шитиков Б.Д.¹, Океанов А. Е.¹, Адуцкевич Е.А.², Тищенко Е.М.³***

ОНКОЛОГИЯ В БЕЛАРУСИ: XX ВЕК И СОВРЕМЕННОСТЬ

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и
медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск,

²ГУ «Республиканский клинический медицинский центр
Управления делами Президента Республики Беларусь», Минск

³УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Сто лет назад (к началу Первой мировой войны) на землях современной Беларуси онкология, как наука с ее практическим преломлением не была еще так востребована, как в наши дни. Такое положение объяснялось несколькими причинами: низкой средней продолжительностью жизни (37,5 лет в 1897 г., 53 г. в 1926 г. и 72,2 г. в 2012 г.), так как известно, что опухоли чаще развиваются у людей пожилого и преклонного возраста. Совершенствование системы учета показателей онкологической забо-

леваемости и смертности; бурное развитие в течение XX века технических дисциплин, биологии, химии, молекулярно-генетических исследований напрямую оказало влияние на развитие онкологии как мультидисциплинарной медицинской отрасли.

С исторической точки зрения в становлении и развитии современной онкологической службы страны можно выделить несколько этапов:

1. Период создания государственной системы здравоохранения – (со времени Октябрьской революции 1917 г., образования в 1919 г. Белорусской ССР до начала Великой Отечественной войны).

Уже к 1925 г. впервые были изучены на государственном уровне заболеваемость и смертность населения, ее распределение по причинам, месту жительства, полу, национальности, возрасту; зарождались и применялись специальные виды медицинской помощи, новые формы организации научных исследований – научно-исследовательские институты. Мероприятия по созданию специализированных медицинских служб отразились и на состоянии онкологической помощи населению. В 1922–1927 гг. лечебные учреждения республики стали направлять в Москву, Ленинград и Харьков пациентов, страдающих раком матки, нуждающихся в рентгено-радиевой терапии, оплачивая их проезд к месту лечения. Одновременно началась подготовка собственных кадров радиологов, которые летом 1928 г. получили в свое распоряжение 143,5 мг радия. Таким образом, еще в 20–30-е годы прошлого столетия противораковые мероприятия в Белоруссии вошли в круг важных забот органов здравоохранения. После создания республиканского общества хирургов на хирургических съездах стали проводить «противораковые недели». В 1929 г. на I съезде хирургов, акушеров и гинекологов БССР в докладе В.В. Бабука «Организация борьбы со злокачественными образованиями» был впервые поднят вопрос о необходимости открытия в Минске научно-исследовательского центра по выявлению и изучению злокачественных заболеваний. Это предложение было реализовано в 1934 г., когда в Минске на базе клиники факультетской хирургии открылось первое противораковое учреждение – Республиканский онкологический диспансер. Первоначально штат состоял из двух врачей, медсестры и статистика (возглавил диспансер профессор Е.В. Корчиц). В основу работы диспансера был заложен принцип диспансерного обслуживания онкологических пациентов, начата организационно-методическая работа по изучению онкологической патологии и подготовке онкологических кадров.

Начало Великой Отечественной войны и оккупация БССР немецко-фашистскими захватчиками прервала планомерную работу по становлению онкологической помощи населению.

2. Период формирования онкологической службы (1945–1959 гг.).

Еще не отгремели бои, а уже 30 апреля 1945 г. вышло Постановление Совета Народных комиссаров СССР № 935 «О мероприятиях по

улучшению онкологической помощи населению», после чего началась активная деятельность по его реализации. Был восстановлен Республиканский онкологический диспансер, в статусе которого он находился до 1960 г. С 1977 г. диспансер является Минским городским онкологическим учреждением. Локальными приказами областных отделов здравоохранения во всех областях Белорусской ССР начали создаваться онкологические диспансеры. 11 февраля 1946 г. был образован Могилевский областной онкологический диспансер. Датой создания Гродненского областного онкологического диспансера следует считать 18 марта 1946 г. Витебский областной онкологический диспансер начал функционировать с 1 ноября 1947 г. Брестский областной онкологический диспансер открыт в 1948 г. Как самостоятельное юридическое лицо, Гомельский областной онкологический диспансер со стационаром на 45 коек начал функционировать с 1948 г. В 1947-1948 гг. также образованы городские и межрайонные онкологические диспансеры: Мозырский, Полоцкий, Пинский, Вилейский, Бобруйский, Барановичский.

Несмотря на слабую укомплектованность врачами-онкологами и маломощную материально-техническую базу первых онкологических диспансеров и онкокабинетов, сотрудники этих учреждений начали активно проводить работу по организации выявления пациентов, страдающих злокачественными опухолями и их учету, выступать на областных и городских совещаниях медицинских работников по вопросам профилактики злокачественных опухолей.

В последующие годы, по мере восстановления народного хозяйства республики, сеть онкологических учреждений укреплялась, пополнялась подготовленными специалистами и оснащалась новым оборудованием и специальной аппаратурой. Диспансеры начали оснащаться рентгенодиагностической аппаратурой (гг. Барановичи, Гомель, Брест, Полоцк), установками для короткофокусной, дистанционной и контактной лучевой терапии (гг. Минск, Могилев, Гомель, Барановичи, Витебск, Брест, Полоцк), развертывались клиничко-диагностические патогистологические лаборатории (гг. Минск, Гомель, Витебск, Гродно). К 1951 г. 9 онкологических диспансеров имели патогистологические лаборатории, 12 – терапевтические рентгенустановки. В 1953 г. впервые в лечении новообразований применены при химиотерапевтическом лечении синтетические лекарственные средства. Произошли качественные и количественные изменения в учете онкологических пациентов, а с 1953 г. началась их повсеместная регистрация. К 1959 г. в республике уже функционировали 12 областных, городских и межрайонных онкологических диспансеров. Коечный фонд в онкологических диспансерах увеличился с 339 в 1949 г. до 739 в 1959 г.; в поликлиниках происходила организация смотровых кабинетов (1958-1959 гг.). В результате всех мероприятий в 2 раза улучшилась выявляемость пациентов со злокачественными опухолями. Таким образом,

период с 1947 г. по 1959 г. стал важным этапом в создании сети онкологических учреждений, положивших начало развитию специализированной медицинской помощи пациентам со злокачественными опухолями.

В этот сложный период становления онкологической службы проявили высокие организаторские способности и профессиональные знания главные врачи и многие сотрудники первых онкологических учреждений: Бахер З.В.(г. Могилев), С.Б. Корж (г. Барановичи), Г.А. Сырников, В.В. Зарецкий, В.А. Попова, А.М. Марчук, Г.А. Малошицкий (г. Брест), Н.А. Кришталь (г. Пинск), В.А. Измайлович (г. Полоцк), Е.А. Шубик, А.А. Штыцко, С.М. Пайкин, Т.А. Пантюшенко (г. Гродно), И.И. Зевин, В.С. Беренштейн, В.Н. Величенко, В.Х. Довгыяло (г. Витебск), Н.И. Ермалаева, К.А. Барсукова (г. Бобруйск), Н.В. Кныш, А.Ф. Кривошекий, Г.А. Сосновский (г. Гомель), Н.И. Бобрик, Т.Т. Поддубная, В.А. Козлитин, (г. Минск).

3. Период формирования научно-организационных форм работы в области противораковой борьбы в БССР (1959-1991 гг.).

Начало рассматриваемого периода связано с Постановлением Совета Министров БССР № 364 от 23 мая 1959 г. «Об усилении научных исследований по раку». Созданный уже через год после Постановления Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии, как единый научно-клинический и образовательный комплекс возглавил в республике работу всей онкологической службы и своими научными достижениями вскоре стал известным онкологическим центром не только в странах бывшего СССР, но и далеко за его пределами. В те годы институт возглавляли профессора Н.Н. Александров (1960-1981 гг.), И.Г. Жаков (1983-1990 гг.). С 1981 по 1983 гг. исполняющим обязанности директора был к.м.н. Б.Д. Шитиков.

К пионерским работам центра в области онкологии в этот период относятся организация выездного обследования сельских жителей; разработка автоматизированной системы обработки информации об онкологических пациентах; разработка и внедрение метода использования высоких температур при лечении злокачественных опухолей; начали разрабатываться и внедряться комбинированное и комплексные методы лечения опухолей. НИИ онкологии и медицинской радиологии МЗ БССР стал первым среди онкологических учреждений инициатором привлечения к решению онкологических проблем ученых академических структур и других ведомств, в результате чего еще в 1973 г. был создан Координационный план по решению онкологических проблем, который в последующем стал прообразом для разработок республиканских научно-технических программ по онкологии. В 1977 г. институт одним из первых среди союзных НИИ онкологического профиля перешел на программно-целевое планирование в научных исследованиях [1].

4. Период становления и развития онкологической службы Республики Беларусь (1991-наст. время).

В эти годы последовательно институт (с 2007 г. Республиканский научно-практический центр им. Н.Н. Александрова) возглавляли профессор Е.А. Короткевич (1991-2000 гг.), И.В. Залуцкий (2000-2009 гг.). В период с 2009 по 2010 год директором центра был А.И. Ларионов. С 2010 г. по настоящее время центром руководит профессор О.Г. Суконко.

Современный период развития онкологической помощи населению Республики Беларусь характеризуется дальнейшим укреплением материально-технической базы онкологических учреждений, разработкой и внедрением сложных высокотехнологичных и импортозамещающих технологий в диагностике и лечении злокачественных опухолей. Широко развиваются методы лечения с применением органосохраняющих операций, лечебные технологии с использованием таргетных препаратов и фотодинамической терапии, молекулярно-генетические исследования, стационарзамещающие технологии.

В рамках совершенствования онкологической службы реализованы Государственная программа по онкологии (2000-2004 гг.), мероприятия по укреплению материально-технической базы онкологических учреждений в рамках Программы развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006-2010 годы, Государственная комплексная программа профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний (2011-2014 гг.). Переоснащен парк рентгенодиагностической аппаратуры и аппаратов для ультразвукового исследования, полностью реконструирован операционный блок и введен в строй лабораторно-морфологический корпус в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, проведена реконструкция радиологического корпуса Минского городского онкологического диспансера (главный врач В.С. Караник), продолжено строительство Брестского (главный врач К.Г. Шелепень), Могилевского (главный врач А.И. Лысов), Витебского (главный врач А.В. Томчина) областных онкологических диспансеров.

В настоящее время онкологическая служба страны представлена 12 онкологическими диспансерами и 112 онкокабинетами, имеет четкую организацию и в своей работе тесно сотрудничает с медицинскими учреждениями общей лечебной сети. Коечный фонд онкологических учреждений достиг 3801. Специализированную помощь пациентам со злокачественными опухолями оказывают 381 врач-онколог и 117 врачей-радиационных онкологов. Ежегодно выполняется только в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова более 10000 тыс. сложных и высокотехнологичных операций.

Анализируя деятельность онкологической службы Республики Беларусь в условиях суверенного государства, следует отметить, что ее структура и принцип работы полностью оправдали себя. Об этом свидетельствуют данные регистрируемой заболеваемости и смертности, неуклонный рост контингентов пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, увеличение числа пациентов, проживших после лечения 5

лет и более, снижение одногодичной летальности и другие индикаторы, характеризующие эффективность противораковой борьбы [2].

Литература:

1. Профессор Н.Н. Александров. Призвание – медицина. Воспоминания современников. – Минск: ГУ РНМБ, 2007. – 140 с.

2. Специализированная медицинская помощь онкологическим пациентам в 2013 г. По материалам итогового совещания главных врачей и специалистов онкологических учреждений Республики Беларусь /О.Г. Суконко, П.И. Моисеев, А.Е. Океанов //Онкологический журнал. – Т.8. № 1 (29). – 2014. – С. 5 – 17.

***Суконко О.Г.¹, Моисеев П.И.¹, Машевский А.А.¹, Адуцкевич Е.А.²,
Тищенко Е.М.³***

КАК ЭТО БЫЛО: ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СТАНОВЛЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск

²ГУ «Республиканский клинический медицинский центр
Управления делами Президента Республики Беларусь», Минск

³УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

История становления и развития онкологии – это союз между прошлым, настоящим и будущим. Как и многие заболевания, опухоли человека известны с древних времен, хотя взгляды на определение понятия опухоли вообще и злокачественных, в частности, на методы их диагностики и лечения на протяжении веков постоянно эволюционизировались.

Представление о взглядах древнеславянских лекарей на опухолевую болезнь можно составить на основании изучения сказаний, произведений эпоса, писем, рукописей, лечебников и травников глубокой старины. Наиболее старым народным обозначением рака были термины «рытик» и «волосатик». Термин «рак» встречается в Древней Руси с зарождением письменности, как дословный перевод с византийского подлинника.

Опухолевыми заболеваниями страдали и люди, жившие на древнеславянских землях, в том числе и территории современной Беларуси. Так, в окрестностях Красного Села Волковысского района был найден скелет человека бронзового века с признаками миеломной болезни. В некоторых летописях (в том числе Радзивилловской) и других памятниках письменности указаны отдельные признаки заболеваний, вероятно относящихся к злокачественным новообразованиям. У Всеслава Полоцкого была хроническая язва волосистой части головы (1044 г.), у великого князя Святослава Ярославовича – опухание лимфатических желез (1076 г.). Одно из первых описаний рака – рака нижней губы у князя Владимира Галицкого –

приводится в Ипатьевской летописи (1287 г.). В Воскресенской летописи (1441 г.) описан рак желудка у князя Владимира Красного [1].

Причинами рака считались механическое раздражение кожи, «необузданное поведение», «чрезмерное винопитие» и «дальняя печаль». Известны отдельные сообщения о «вырезывании» и выжигании опухолей. Описаны и противопоказания к оперативному вмешательству: преклонный возраст, обессиление больного и распространение заболевания. Широко применялось лечение травами, что может свидетельствовать о взглядах на рак, как на общее заболевание организма.

В средние века, как и во многих европейских странах, хирургическую помощь населению, проживающему на землях Беларуси оказывали цирюльники. Они ставили банки, делали массаж, кровопускание, выполняли другие хирургические манипуляции, в том числе удаляли опухоли. В 1635 г. в Минске, а в 1649 г. – в Гродно были основаны цеха цирюльников (медиков хирургов-эмпириков), которые просуществовали до первой половины XIX века.

По мере развития лечебного дела объектом внимания, изучения и описания лекарей, практикующих на территории Беларуси, в разные времена среди болезней, поражавших отдельных людей, не раз становились и различные опухолевые заболевания. Уже в XVIII в. защитили диссертации по онкологической тематике: М.Л. Кноблех, уроженец Вильно, на тему «*Decanscrimammaesinistraeobservatoetcurato*» (Эрфурт, 1740 г.) и придворный хирург графов Радзивиллов Ф.Т. Эме, работавший в г. Несвиже с 1769 г. «Наблюдение над левой женской грудью, частично пораженной раком ...». Интересен факт, что через 4 месяца после операции пациентка, скрывшая от хирурга до операции свою беременность, благополучно родила. Актуальным вопросам эпидемиологии, диагностики и лечения злокачественных опухолей были посвящены докторские диссертации А. Ходоровского «О распространенности скирра и рака» (1812 г.), К. Портянко «О раке губы» (1818 г.), А. Савицкого «Об опухолях мочевого пузыря» (1825 г.).

Опосредованно с решением проблем в области диагностики и лечения онкологических заболеваний в прошлые века связаны также со многими именами ученых и практикующих врачей как уроженцев Беларуси, так и практикующих на ее территории (несвижские врачи Даниил Неборовский и Христин Шульц, выходец из Пинска Епифаний Славеницкий, основатель Гродненской медицинской академии Ж.Э. Жилибер, уроженец Витебщины И.Г. Кениг, свислочский врач Адольф Битнер, уроженец слонимского уезда М. Гомоницкий, доктор медицины Я.Ф. Михелис, врач О.Е. Бартошевич, уроженец минского уезда Ф.И. Пастернацкий и многие другие) [2, 3].

В конце XIX – начале XX в. в Беларуси постепенно меняется и усложняется структура медицинских учреждений, организация лечебной

и лекарственной помощи населению. Задачей уездных больниц было осуществление терапевтической и хирургической помощи, губернских – медицинской помощи по более широкому кругу специальностей. Санитарный врач Игуменского уезда И.Л. Занаревская считала, что в губернских больницах помимо хирургических, гинекологических, туберкулезных, психиатрических и других отделений, должно быть и отделение для пациентов со злокачественными опухолями, преимущественно раком. В земских губернских больницах в клинических целях начали использовать лабораторию (Минск, 1905 г.), рентгенаппарат (Минск, 1907 г.), цистоскоп (Минск, 1911 г.), проводить научные патологоанатомические вскрытия (Минск, 1910 г.)[35]. В 1905 г. для лечения рака шейки матки впервые применен радий. В 1904 году в условиях земства в Минске открылась больница для хронических пациентов, как историческая предшественница хосписов [3].

Первые годы XX века ознаменовалась большим прогрессом в хирургии. Крупные оперативные вмешательства, в том числе по поводу новообразований женской половой сферы, выполнялись в Могилеве (С.А. Липинский, Л.С. Косач, Н.П. Яцутин); Несвиже (Ф.Л. Боровский); Суткове (Е.В. Клумов); Минске (Р.К. Яновский, И.А. Фогель, М.А. Поляк). Выполнялись не только оперативные вмешательства в объеме экстирпации матки, но и пластические операции типа ликвидации пузырно-влагалищного свища, рубцового сужения влагалища (С.К. Свеницкий (Минск), С.А. Липинский (Могилев)). О.О. Федорович не только выполнил в 1906 г. гастростомию при сужении привратника желудка злокачественной опухолью, но и впервые в Минске (1 марта 1907 г.) прочел доклад о результатах использования рентгеновских лучей для диагностики. А.А. Катрухин уже в 1912 г. в Игуменской уездной больнице выполнял ларинготомию при папилломе гортани, накладывал желудочно-кишечные и межкишечные анастомозы, производил операцию Вертгейма. При этом послеоперационная летальность составляла всего 5,2%. В Барановичах операции при злокачественных опухолях успешно проводил хирург С.С. Козубовский.

Однако в целом, ситуация с онкологической помощью широким слоям населения Беларуси оставалась крайне неудовлетворительной. В официальном отчете Минской губернской управы за 1912 г. сообщалось, что во всех 9 уездах этой губернии за год было зарегистрировано 1479 больных злокачественными опухолями, что составляло не менее 55 пациентов на каждые 100 тыс. жителей. Учитывая уровень состояния диагностики в тот период и то, что она осуществлялась в основном в амбулаторных условиях (из указанного числа пациентов были госпитализированы только 250) можно предполагать, что истинный показатель онкологической заболеваемости был значительно выше. Специализированной онкологической помощи населению не существовало, вопросам выявления и

лечения онкологических пациентов занимались врачи различных специальностей, в основном хирурги, реже – гинекологи, терапевты и другие специалисты [4].

Значительное влияние на развитие медико-санитарного дела в Беларуси оказали революционные и военные события. Основными направлениями медицины во время Первой мировой войны являлись организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, оказание медицинской помощи раненым и больным воинам и гражданскому населению, осуществление социальной помощи беженцам. Февральская революция «оживила» в Беларуси идеи земской медицины, а Октябрьская – положила начало советского переустройства здравоохранения, в основу которого были заложены принципы образования государственной системы здравоохранения. Образование в январе 1919 г. Белорусской ССР способствовало созданию в ней государственной системы здравоохранения, в том числе и в области оказания онкологической помощи населению.

Литература:

1. История медицины / Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. // М.: Медицина, 1981. – 352с.
2. Грицкевич, В.П. Сфакемом Гиппократ: Из истории белорусской медицины / В.П. Грицкевич. – М.: Наука и техника, 1987. – 271с.
3. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Белоруссии в XIX–XX веках / Е.М. Тищенко. – Гродно, 2003. – 269с.
4. Онкологическая помощь в Белоруссии до и после Великой Октябрьской Социалистической Революции / Н.Е. Савченко, Н.Н. Александров // Вопросы онкологии. – Т.15. – № 9. – 1969. – С. 3-7.

Сухоцкая Е.Н., Ермантович Е.И.

К 100-ЛЕТИЮ АПТЕКИ №1 г.ГРОДНО

Аптека №1, Гродно, Беларусь

После третьего раздела Речи Посполитой (1795 год) Гродно стал относиться к Российской империи.

В соответствии с выпущенным законом 1873 года новые вольные аптеки прежде всего могли открываться только с разрешения губернатора. При этом учитывалось, что одна аптека должна обслуживать 12000 человек населения и выдавать лекарства на 30000 рецептов в год, что ограничивало количество открываемых аптек. Учредитель (владелец) аптеки должен был непременно иметь звание провизора – аптечного работника со специальным фармацевтическим образованием или вверить управление ее деятельностью лицу, имевшему это звание. Кроме того, закон определял необходимую структуру здания для размещения вновь открываемых

аптек, а также перечень оборудования и приборов для выполнения фармацевтических работ.

Каждая аптека в начале XX века должна была иметь рецептурную и материальную комнату, «кокторию», кабинет управляющего.

Рецептурная комната размещалась в чистом и светлом помещении. Посредине комнаты обычно находился рецептурный стол, отделенный конторкой, за которым располагался так называемый рецептариус (старший помощник управляющего). На столе помещались весы для взвешивания лекарственных веществ и весы тарирные. С наружной, обращенной к публике стороны рецептурного стола находились выдвижные ящики, где хранились запасы лекарственных материалов. По стенкам рецептурной комнаты устраивались полки и выдвижные ящики. На полках и в ящиках в алфавитном порядке в сосудах из фарфора, матового стекла или дерева, с отчетливыми латинскими надписями, хранились лекарственные вещества.

В соседстве с рецептурной комнатой находилась коктория – комната, где производились фармацевтические операции, требующие горячего настаивания и отваривания. В коктории помещался паровой аппарат, служивший для приготовления наливок и отваров.

В материальной хранились фармацевтические материалы и запасы. Медикаменты хранились в штангласах, отдельно находились шкафы для сильнодействующих веществ, ступок и мензурок.

Управление вольной аптекой возлагалось только на фармацевта, возраст которого должен быть не менее 25 лет, то есть на человека, имевшего жизненный опыт.

Все лекарственные формы готовились «extempore», что в переводе с латинского «по мере надобности». Согласно циркуляра МВД №5495 от 5 июня 1910 года, воспрещалось аптекам массовое заготовление сложных фармацевтических препаратов.

Развитие фармации стимулировала I Мировая война. Уже через несколько дней после начала войны 1 августа 1914 года в «Санкт-Петербургских ведомостях», а затем и других общеполитических и деловых изданиях стали появляться статьи о проблемах предстоящего лекарственного голода. Из 118 предметов медико-санитарного имущества, числившегося по каталогам военного ведомства, в стране заготавливалось лишь 38, остальные ввозились из-за границы.

Лишь с началом I Мировой войны Медицинский совет разрешил фабричное производство предметов первой необходимости, что позволило их изготавливать в вольных аптеках, массово стали выращивать лекарственные растения.

Острой была и нехватка кадров: их просто негде было готовить в нужном количестве. Реформа фармацевтического образования, создание

системы средних и высших специализированных учебных фармацевтических заведений откладывалась десятилетиями.

История аптеки №1 г. Гродно начинается в далеком 1914 году, когда известный тогда аптекарь Шварц Саул, прибывший из Белостока, открыл вольную аптеку на углу ул. Муравьевской (ныне ул. Ожешко) в доме № 13 и Телеграфного переулка (ныне ул. Телеграфная).

Владельцем дома являлось благотворительное общество «Жлобек». В паспорте указано, что «...квартиру №1 из пяти комнат и кухни, расположенную на первом и втором этажах здания арендовал Шварц Саул, 1883 года рождения, по профессии аптекарь...». Имеются также сведения, что аптека размещалась на первом этаже в трёх комнатах, работало в ней 3 человека: один мужчина и две женщины.

В годы Второй Мировой войны здание аптеки сильно пострадало, его остатки разобрали, и на этом месте был разбит сквер, в котором в 1947 г. установили бюст Э. Ожешко.

На противоположной стороне, угол ул. Телеграфной, 1 (Ожешко, 11), стоит дом, который был построен еще в 1920 году. В разные годы в нем размещался комиссариат полиции, магазин колониальных товаров, пекарня и кондитерская В. Коркуца.

В послевоенное время в это здание и переехала аптека Шварца. На втором этаже располагалось аптекоуправление, которое возобновило свою работу в 1944 году, в соответствии с постановлением Совета Народных Комиссаров.

Первой управляющей аптекой в послевоенное время, согласно штатному расписанию была Олдзиевская Я.И. В аптеке работали: заместитель управляющего аптекой, 4 ассистента, фасовщица, 2 кассира, 2 ручниста, счетовод, 2 санитарки.

В здании аптеки №1, в подвальном помещении располагалось галеновое производство – выпускали спиртовые вытяжки из лекарственного растительного сырья: настойки и экстракты.

В советское время аптека №1 была самой известной аптекой в городе, где трудилось более 30 специалистов. Эта аптека была производственная, осуществляла изготовление всех лекарственных форм, в том числе стерильных.

На время закрытия аптечного склада на инвентаризацию аптека №1 являлась основным звеном по снабжению лечебных учреждений лекарственными средствами и сопутствующими товарами. В дни празднования государственных праздников аптека работала круглосуточно.

В 70-ые годы начали широко использоваться прогрессивные формы обслуживания населения: доставка лекарств на дом и постановка на учёт на отсутствующие лекарственные средства.

В лучшие годы штат аптеки составлял 54 человека. Аптека №1 г. Гродно является кузницей кадров для аптечной службы города и обла-

сти. Многие фармацевтические специалисты аптеки стали впоследствии руководителями других аптечных организаций города.

Аптека №1 – душа и сердце Гродненского РУП «Фармация». Мог ли тогда предположить основатель, что его аптека превратится в ведущую аптеку города Гродно.

«Аптекарь должен иметь крайнее старание, чтобы лекарства составляемые ни были вещами и весом точно по предписания врача, дабы тем отвращена была всякая погрешность, подвергшая больного здоровье и жизнь опасности, а врача доброе имя безславию» – эти строчки из Аптекарского устава 1789 года зеркало работы наших специалистов.

Литература:

1. Грицкевич В.П. С факелом Гиппократ: Из истории белорусской медицины. – Минск, 1987.
2. НМУ «Государственный архив Гродненской области». – Фонд 125, опись 1, дело 96.
3. Крючок Г.Р. Очерки истории медицины Беларуси. – Минск, 1976.
4. Трусаў І. Вуліца Ажэшкі. Біржа Інфармацыі. – 1998. – №24.
5. Егоров В.А., Абдулманова Е.Л. История фармации. – Самара, 2002.

Сушко М.М., Беднякова Н.И.

ИЗ ИСТОРИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

Сексуальная жизнь является одним из составляющих компонентов образа жизни людей всех времен и народов. В связи с этим всегда был актуальным вопрос планирования семьи. В настоящее время существует множество способов защиты от нежелательной беременности. Например, всем известное изделие №2 времен СССР. Считается, что изобретателем подобного изделия является английский врач Кондом, 1666г. Но на самом деле это не так. Первые способы контрацепции возникли намного раньше. Как оказалось, история контрацепции уходит корнями во времена античности, поскольку именно там сексуальная распущенность была нормой. В Древней Греции и Древнем Риме существовали Храмы любви, где девушек обучали искусству соблазнения представителей мужского пола. Огромное количество внебрачных связей во много раз повышали риск незапланированной беременности и венерических заболеваний, что толкнуло античных медиков к поиску средств контрацепции.

Во II в.н.э. Соран Эфесский написал манускрипт «О женских болезнях», где описываются способы предохранения от нежелательной беременности, так как был риск рождения детей с патологиями, здоровье не позволяло иметь детей или супруг был слишком юным и не мог прокор-

мать семью. В то время не одобрялось обращение к потустороннему миру, к заговорам и колдовству, а использовались доступные контрацептивные средства, в основном растительного и животного происхождения. Рекомендации манускрипта относятся только к первым дням после менструации. Греческая наука ошибочно считала, что в середине цикла женщина не может забеременеть.

Применялись различные способы защиты от нежелательной беременности, иногда даже очень странные. Наиболее распространенными методами контрацепции являлись химические (лекарственные), механические, хирургические. Интересен тот факт, что почти все эти методы контрацепции используются сегодня. Прогресс, конечно же, значительно изменил их, но суть осталась неизменной.

К числу наиболее древних специализированных противозачаточных средств относят настои и отвары различных трав, употребление которых лишало женщин детородной способности: сок незрелого ананаса, пастушьей сумки или порошок подорожника. Наука еще не объясняла в те времена контрацептивного действия растений, поэтому применение настоев и отваров основывалось на опыте женщин, который передавался из поколения в поколение. Например, римским женщинам для предохранения от нежелательной беременности рекомендовалось использовать настой коры ивы и тополя, растущих в роще храма Прозерпины.

Гиппократ в качестве контрацептива рекомендовал соотечественникам жевать дикую морковь. Он писал: "Ее семена, если принимать их перорально, могут как предотвращать беременность, так и прерывать ее". Это подтвердили исследования 1976 года, проведенные на лабораторных мышках. Еще через 10 лет выяснилась и природа этого действия: семена дикой моркови блокируют производство организмом прогестерона, гормона, который подготавливает матку к развитию оплодотворенной клетки. Причем это средство может с успехом применяться и как контрацептив, так и для прерывания беременности. Для этих целей гречанки применяли настой мяты, которая при соответствующей концентрации способна прерывать беременность.

Одним из методов барьерной контрацепции являлось использование спермицидов - веществ, которые убивали сперматозоиды. Например, спринцевание мочой, промывание влагалища отваром из коры красного дерева и лимона, изготовление противозачаточных комков из экстракта пруда и фукуса, использование марлевых тампонов с вяжущими средствами. Механизм действия спермицидов основан на изменении pH среды влагалища, что губительно действовало на сперматозоиды и тем самым препятствовало оплодотворению. В свою очередь вяжущие средства сужали шейку матки и препятствовали проникновению сперматозоидов. В Древней Греции влагалище смазывалось кедровым маслом и свинцовой

медью. Использовались и специальные тампоны из хлопка, навоза слона, а также обкладки из пауков.

Глобули –противозачаточные средства в Древнем Риме. В состав глобулей входила цикута, лавр и яд некоторых насекомых. Считалось, что такое средство убивает все живое – стало быть, сперматозоидам не оставляли шанса.

Древние египтяне спермицидами считали крокодилий навоз. Именно из него они изготавливали смесь, которую использовали перед самым половым актом. В состав этой спермицидной смеси кроме крокодильего навоза еще входил хлопок и мед. Но это далеко не единственный контрацептив в Древнем Египте. К примеру, Клеопатра использовала пропитанные уксусом морские губки в качестве контрацептивного тампона. Во времена античности также использовали губки из текстильных волокон и шелка, которые пропитывали спермицидными растворами.

Широко были распространены бронзовые пессарии. Их вводили во влагалище и надевали на шейку матки, сужая ее просвет. Это препятствовало проникновению сперматозоидов в полость матки.

В сочинениях римских поэтов Публия Овидия Назона и Тита Лукреция Кара упоминаются используемые в то время средства механической защиты - презервативы. Материал, из которого они изготавливались, был самым разнообразным: пропитанный маслом шелк, черепаший панцирь, рыбы пузыри, мочевые пузыри животных, пергамент. Самые лучшие, но более дорогие презервативы изготавливали из слепой кишки животных. Достоверно известно, что римские legionеры в качестве сырья для презервативов использовали фасции мышц поверженных врагов.

Одним из самых древних упоминаний о презервативе является рукопись греческих историков. Царь Минос за 3000 лет до Рождества Христова изобрел презерватив в виду большой необходимости. Жена царя, Пасифая заколдовала мужа в связи с его постоянными изменами так, что его извергнутое семя превращалось в змей и скорпионов, которые тут же набрасывались на его женщину. Однако царь нашел выход из положения – мочевой пузырь козла был помещен во влагалище его очередной любовницы и все прошло успешно – женщина осталась жива, а Пасифая ни о чем не догадалась. Остальное население Крита не нуждалось в подобной профилактике, поэтому изобретение царя не прижилось.

Также одним из первых изобретателей презерватива считается Фараон Тутанхамон. Он использовал в качестве сырья мягкую кожу животных. Сейчас прототип такого изделия хранится в музее г. Каира. Все подобные презервативы были многоразовыми и после применения их вымачивали в спермицидном растворе, высушивали и прятали до следующего раза.

Широко применялись и хирургические методы: стерилизация женщин путем удаления шейки матки с помощью каменного ножа, путем

разрушения яичника с помощью очень тонкой деревянной палочки. С помощью того же «орудия пыток» проводилась стерилизация мужчин путем разрыва семявыводящего канала.

Если незащищённый половой контакт всё же имел место быть, а с момента оплодотворения прошел уже месяц, женщинам следовало чихать, принимать горячие ванны, ездить на телеге по ухабам, неровной дороге и много прыгать. В том случае, если предпринятые меры не помогали, использовался метод пускания крови - античная версия аборта. Пились отвары сильнейшего действия из лаврового листа, травы пижмы, а также гвоздики. Запрещалось применять колющие предметы, все операции осуществлялись лишь при участии знахарей. Надо отметить, что аборт в античности были разрешены независимо от срока беременности. Однако, если муж беременной не хотел, чтобы женщина делала аборт, она была не в праве прерывать беременность.

Как показал исторический опыт, современные контрацептивные средства имеют свои аналоги в прошлом. Все описанные методы контрацепции: настои и отвары, спермициды, презервативы, кровопускание - представляли опасность для репродуктивного здоровья женщины, ведь тогда планированию семьи уделяли небольшое внимание. Однако сам факт того, что вопросами контрацепции интересовались, писались труды по данной теме, уже представляет исторический и медицинский интерес.

Литература:

1. <http://lib.komarovskiy.net/istoriya-kontracepcii-eto-interesno-shhekina-eg.html>
2. http://www.medicinform.net/contr/cont_hist.htm
3. <http://obzor.westsib.ru/article/41249>
4. <http://www.aboutmanwoman.com/Contraception/Contraception.htm>

Терехов В.И.

**45-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА
РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ УЧРЕЖДЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «4-Я ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА ИМЕНИ Н.Е. САВЧЕНКО»**

УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко»

Минск, Беларусь

Городской центр радионуклидной диагностики учреждения здравоохранения «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» - это одно из первых отделений страны, которое начало использовать энергию мирного атома в лечебно-диагностическом процессе. Оно прошло путь от кабинета изотопного исследования, отделения радионуклидной диагности-

ки до городского центра радионуклидной диагностики. 1969 г – год 50-летия образования здравоохранения Республики Беларусь и по инициативе Министра здравоохранения БССР Н.Е. Савченко, на базе 4-ГКБ г. Минска в рамках программы трансплантации почки в республике создается кабинет изотопного исследования почек. И сегодня, когда здравоохранению Беларуси исполняется 95 лет, уже городской центр радионуклидной диагностики отмечает свое 45 летие. Энтузиасты нового на то время диагностического вида исследования, врач Касперович В.И. медицинские сестры Пехтерева Л.В. и Кривицкая Г.К., санитарка Радзевич Л.А., начали работать под непосредственным руководством академика Савченко Н.Е., а молодые и энергичные урологи Апцешко А.Д., Сологуб Г.А., Солоненко А.Д., Бань Г.А., Скобеус И.А., активно внедряли в диагностический процесс новый, прогрессивный для того времени радиоизотопный метод диагностики. В 1970 г кабинет был преобразован приказом Минздрава БССР в радиоизотопную лабораторию и первым ее заведующим стал Касперович В.И., который занимал этот пост до 1977 г. С годами объем и востребованность радионуклидных исследований увеличивались. Стали осваиваться и внедряться в медицинскую практику новые перспективные методы радиоизотопной диагностики: исследование поглотительной и экскреторной функции печени, скеннирование печени и почек, исследование эффективного почечного кровотока и плазмотока, расчет отдельных почечных клиренсов. Это было единственное радионуклидное отделение в стране, в то время изотопная лаборатория, которая специализировалась на обследовании уронефрологической патологии детского возраста в Республике Беларусь. С 1977 по 1984 год, заведующий радиоизотопной лабораторией, был Линдер М.Р. Под руководством академика Сидоренко Г.И. и профессора Шота В.А. для кардиологии внедрены в то время методы исследования центральной и периферической гемодинамики, объема циркулирующей крови и плазмы. После приобретения гамма-камеры с 1985 г. были внедрены методики сцинтиграфии почек, печени и желчного пузыря, селезенки легких, щитовидной железы, костей. На протяжении почти 20 лет с 1984 по 2004 год лабораторией руководил Харченко А.С., а с 2004 г. отделением руководит В.И. Терехов. В 2005 г. радиоизотопная лаборатория преобразована в отделение радионуклидной диагностики. С 2011 г. на базе отделения создается Минский городской центр радионуклидной диагностики.

Сотрудники центра активно принимали участие в научно - практической работе, рационализаторской и изобретательской деятельности, сборе материалов для кандидатских и докторских диссертаций, будущим, а в настоящее время – это гордость нашей страны, профессорам Янушко В.А., Атрощенко Е.С., Пилотовичу В.С. и многим другим. Под руководством и при участии профессора В.Я. Гапановича (Кафедра ЛОР болезней МГМИ) разработаны в 70 годы прошлого века и внедрены методики исследования функционального состояния слизистой полости носа радиоизотопным ме-

тодом. Свой опыт и свои знания, полученные на протяжении 30 лет работы в отделении радионуклидной диагностики, передает молодому поколению медицинских сестер старшая медицинская сестра Малашкевич Ж.Д. В МГЦРД проходят и проходят первичное обучение радионуклидной диагностике врачи и средний медицинский персонал, который в настоящее время работает в радионуклидных отделениях страны. МГЦРД являлась и является центром по повышению квалификации в ядерной медицине в стране. На ее базе проходят обследование пациенты кардиохирургических и кардиотерапевтических отделений РНПЦ «КАРДИОЛОГИЯ», Клиники УД при Президенте РБ, Центральной поликлиники и госпиталя МВД, Республиканской клиники нефрологии, Клиники урологии БГМУ, Республиканского центра трансплантации почки, Республиканских нефрологических, урологических центров. Городской центр радионуклидной диагностики и сегодня активно продолжает и принимает участие в научно-исследовательской, учебной, методической и рационализаторской работе, разработке нормативно-правовой документации касающейся радионуклидной диагностики в Республике Беларусь. Врачи отделения активно участвуют в научных конференциях, форумах, конгрессах проходящих в нашей стране, СНГ и в мире. Авторы многих печатных и методических работ по радионуклидной диагностики. Единственной в стране монографии по радионуклидному исследованию в уронефрологии. Городской центр радионуклидной диагностики в год своего 45-летия с оптимизмом и большой надеждой смотрит в будущее внедряет в клиническую практику однофотонную эмиссионную компьютерную томографию, которая открывает новые возможности получения изображения отдельных частей тела и органов, изучения на новом уровне функционального состояния легких, головного мозга, почек, печени, эндокринной и костной систем. Опыт применения в отделении ОФЭКТ открыл новые возможности изучения метаболических процессов в сердце на системном, органном, клеточном и субклеточном уровнях в норме и при различных патологических состояниях и позволил развить новое направление в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний для нашей страны, как ядерная кардиология. Отличительной чертой методов ядерной кардиологии является их функциональность. В настоящее время способы радионуклидной индикации сердца занимают одну из ведущих позиций в диагностике ИБС. В первую очередь это относится к перфузионной томосцинтиграфии миокарда, поскольку нарушение коронарного кровообращения является основным звеном патогенеза указанного заболевания. Развитие ядерной кардиологии – это будущее кардиологии в нашей стране, с большими возможностями для творчества в диагностике ИБС. Благодаря высокой информативности и неинвазивности томосцинтиграфического исследования сердца количество таких процедур в мировой практике удваивается, опережая динамику роста других инструментальных исследований в кардиологии. Нарушения микроциркуляции

играет немаловажную роль в развитии и прогрессировании ИБС. И в диагностике такой формы ИБС, когда клиника коронарной недостаточности протекает на фоне сохраненного кровотока по магистральным артериям методы радионуклидной визуализации, а именно перфузионная томосцинтиграфия миокарда может весьма эффективно использоваться для прогнозирования ближайших кардиальных событий у пациентов с коронарной недостаточностью. Вследствие чего перфузионная томосцинтиграфия миокарда должна занять приоритетную позицию в диагностике коронарной ишемии по сравнению с другими методами исследования сердца в Республике Беларусь. Это обусловлено в первую очередь высокими показателями чувствительности, специфичности, информативности, и главное – это в неинвазивности метода. В разное время в центре трудились и продолжают трудиться врачи Касперович Вячеслав Иосифович, Линдер Михаил Романович, Дрейчук Олег Александрович, Харченко Анатолий Степанович, Карманова Валентина Михайловна, Гладовская Людмила Анатольевна, Гляцевич Олег Евгеньевич, Терехов Владимир Иванович, Девялтовский-Гинтовт Чеслав Георгиевич, Семенюк Ольга Петровна. МГЦРД не мог бы работать без неутомимых работников и первых помощников врачей – медицинских сестер: Пехтерева Любовь Васильевна, Борисевич Анна Ивановна, Кривицкая Галина Кузьминична, Лабкович Зинаида Андреевна, Дукина Екатерина Петровна, Кривенок Галина Михайловна, Рак Таисия Константиновна, Киреева Раиса Владимировна, Малашкевич Жанна Дмитриевна, Лойко Галина Сергеевна, Роечко Лидия Николаевна, Губчик Валентина Евгеньевна, Бузель Людмила Ивановна, Юркевич Алина Станиславовна, Брокаренко Ирина Николаевна, Дроздова Лариса Анатольевна, Губич Галина Францевна, Забельская Данута Эдмунтовна, Мазур Лариса Владимировна. Должную чистоту и уют в помещениях обеспечивали младшие медицинские работники: Радзевич Любовь Александровна, Скороходова Екатерина Николаевна, Дворецкая Мария Ивановна, Дубовик Людмила Ивановна, Филонова Нина Михайловна. Техническую часть работы и дозиметрический контроль обеспечивали и обеспечивают инженеры Ефременко Валерий Федорович, Ленючева Нина Георгиевна, Виринский Евгений Павлович, Волчек Василий Степанович, Бацеко Алла Ефимовна, Поляк Фаина Николаевна. Сотрудников центра всех поколений отличает высокий профессионализм и эрудиция, богатый опыт и любовь к своей работе. Взаимопомощь, взаимоуважение в сочетании со здоровым моральным климатом и вышеперечисленными качествами позволяет коллективу вносить достойный вклад в лечебно-диагностический процесс не только г. Минска, но и в целом Республики Беларусь.

Тищенко Е.М.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БЕЛАРУСИ НАКАНУНЕ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

В начале XX века в Белоруссии продолжали функционировать, а также открывались лечебные учреждения ранее возникших организационных форм – общественной, частной, ведомственной и фабрично-заводской медицины.

Так, на основе общественной и частной благотворительности открыты первые детские дневные приюты-ясли (Минск, 1903, 1910), консультации и пункты питания («капля молока») для грудных детей (Минск, Витебск, Гомель, 1915-1916), временные детские больницы (Минская губерния, 1916).

Организуемые местные отделы Российской лиги борьбы с туберкулезом (Минск, Бобруйск, 1911; Пинск, 1912; Витебск, 1914) стали проводить сбор пожертвований (22 июля 1911 г. в Бобруйске – первый день «белого» цветка). Используя их и частную благотворительность, были созданы первые противотуберкулезные учреждения: санатории (Новинки, 1904; Надеман, 1908); дачи-колонии (Шмарговка, Бобруйск, 1913); амбулатория (Минск, 1912). С общественным попечением связаны первые противоалкогольные начинания (Гродненский губернский комитет попечения о народной трезвости, 1897; приют для вытрезвления, Минск, 1913).

В ходе революции (1905-1907), в которой участвовали и медицинские работники, на территории Белоруссии возникают первые профессиональные союзы и общества: в Витебске – фармацевтическое (1906-1910); в Минске – фармацевтическое (1906-1908), одонтологическое (1906-1909), взаимного вспомоществования фельдшеров, фельдшериц и акушеров (1906-1917).

Как проявление общественной деятельности следует рассматривать издание периодической медицинской печати. На наш взгляд, первыми наиболее значимыми ежемесячными журналами в Белоруссии были «Сведения о деятельности врачебно-медицинского персонала и о движении заразных заболеваний в Витебской губернии» (орган санитарного отделения губернской управы, 1907-1911); «Минские врачебные известия» (орган Общества Минских врачей, 1910-1915).

В начале XX века в Белоруссии был открыт ряд общественных учебных заведений (годовые курсы Минской общины сестер милосердия, 1902; повивальная школа Минского отделения Российского общества защиты женщин, 1904-1910) и частных школ (зубоврачебная, 1907, фельдшерско-акушерская, 1909, Минск; фельдшерско-акушерская, 1906; Ви-

тебск; повивальная, 1906, Гомель).

В 1907-1910 гг. в Минске организованы частные лечебницы: акушерско-гинекологическая, зубная, физических методов лечения и ортопедии. Частные лечебницы имели небольшое число коек. Так, в 1912 г. в Минске действовали 7 хирургических лечебниц на 8 и одна на 10 коек; 2 гинекологические на 14, 2 на 9, одна на 6 коек; родильный приют на 2 койки; офтальмологическая на 6 коек. В Гродно сохранились два жилых дома врачей (1906, 1911), в которых проводился прием больных.

Второе место после военного ведомства занимало число тюремных больниц. К 1915 г. тюремные больницы были не только в губернских (Минск, Гродно по 40 коек), но и уездных городах (так, они были развернуты в 6 из 9 уездов Минской губернии).

Количество лечебных учреждений других ведомств было незначительным. Так, к 1915 г. в Минской губернии завершено строительство железнодорожной больницы в Минске, действовала железнодорожная больница в Новогрудке (34 койки) и по два приемных покоя в Минске (4 койки), Пинске (6 коек), а также больницы при двух духовных училищах в Минске (22 койки) и одном – в Пинске (10 коек). В 1912 г. в Минске открыта «почтово-телеграфная амбулатория. Ведомства имели свой медицинский персонал: в 1912 г. в Минске из 46 служащих врачей было 11 – при учебных заведениях, 8 – железнодорожных, 1 – тюремный.

Анализ исторических материалов указывает, что в начале XX века в Белоруссии произошли коренные изменения медико-санитарного устройства, выразившиеся в становлении и развитии новых организационных форм, а именно – земской, городской и страховой медицины.

Земское самоуправление в Белоруссии введено (1903, 1911) позже, чем в центре Российской империи (1864) и только в Витебской, Минской и Могилевской губерниях. Однако в первое десятилетие земская медицина Белоруссии проявила лучшие традиции: муниципальное по характеру и должное по объему финансирование, территориально-участковый принцип, развитие специализированной помощи и санитарной организации.

О росте расходов на земскую медицину позволяют судить данные, представленные в таблице.

Таблица. – Расходы на земскую медицину в Минской губернии

Годы	Объем (тыс. рублей)
1904	245
1908	515
1910	732
1914	912

При этом особо следует подчеркнуть, что на медицину отпускалось, в среднем, 25-30% земского бюджета. Оплата за медицинскую помощь в земских лечебных учреждениях не взималась.

Изменение характера финансирования способствовало развитию сельской медицины. Так, с 1903 г. по 1911 г. в Минской губернии число сельских врачебных участков возросло, в среднем, с 2 до 5-6 на уезд, а их радиус уменьшился с 23,0 до 20,6 верст. Вместе с тем, как явствует из исторических источников, в начале XX века население не земских губерний получало медицинскую помощь от фельдшеров, а основными медицинскими учреждениями в сельской местности оставались фельдшерские пункты. Так, в 1906 г. в Гродненской губернии было 19 сельских больниц, 27 пунктов повивальных бабок и 102 фельдшерских пункта. Отметим также, что волостная медицина имела место в условиях земства. К примеру, в 1911 г. в Минской губернии 61,7% фельдшеров содержались волостями.

Исторические источники свидетельствуют, что земская медицина Белоруссии в условиях многоукладности стала играть определяющую роль. Так, в 1911 г. в Минской губернии работало 56 земских врачей (45,2% врачей, состоявших на государственной службе), действовало 46 земских больниц (45% всех больничных учреждений) на 1063 койки (63,8% всех развернутых коек).

В земских губернских и некоторых уездных больницах получила дальнейшее развитие хирургическая помощь. В частности, за 1911 г. в Минской губернской больнице на 68 хирургических койках пролечено 1365 больных. Амбулаторно и в стационаре выполнено 2151 хирургическое пособие различной сложности (в том числе 137 грыжесечений, 88 лапаротомий при непроходимости кишечника, 23 аппендэктомии, 12 удалений зуба). В данном общехирургическом отделении проводились также некоторые отоларингологические, стоматологические, нейрохирургические, травматологические, урологические операции.

В условиях земской медицины зародилась государственная офтальмологическая помощь, чему предшествовал накопленный исторический опыт (организация глазных отрядов по борьбе с трахомой на основе благотворительности, 1890-е годы; первые профильные койки при Минской еврейской больнице, 1899; первые частные глазные лечебницы, Гомель, 1899, Минск, 1903). Так, в 1906 г. Могилевское земство учредило должность губернского окулиста, в Минской губернской земской больнице открыт амбулаторный прием, а затем (1912) и профильное отделение на 20 коек.

В земских губернских больницах в клинических целях начинают использовать лабораторию (Минск, 1905), рентгенаппарат (Минск, 1907), цистоскоп (Минск, 1911), научные патологоанатомические вскрытия (Минск, 1910).

Следует также отметить факт открытия (1904) в условиях земства в Минске больницы для хронических больных, как исторической предшественницы хосписов.

К началу XX века относится зарождение неотложной и скорой медицинской помощи в Белоруссии, которое первоначально было связано с земством. Так, в 1908 г. при Минской земской губернской больнице учреждены ночные дежурства. Позже (1910) такие дежурства устанавливаются в Минской еврейской больнице, а общество Красного Креста в Минске (1911) и городское управление в Могилеве (1912) приобретают карету скорой помощи.

Накануне Первой мировой войны создаются земские аптечные учреждения (аптеки, аптечный склад, Новогрудок, 1913; аптека, Барановичи, 1913).

Формированию земской санитарной организации способствовал предшествующий санитарно-противоэпидемический опыт. Так, следует отметить проведение с 1801 г. в Белоруссии оспопрививания (оспенные комитеты (1811), телятники (1888), подготовка оспопрививателей). Для борьбы с эпидемией холеры использовались медико-организационные меры (холерные комитеты, участки, госпитали, Гродненская губерния, 1830-е годы; санитарная комиссия, Витебск, 1872). Принимались обязательные санитарные постановления по благоустройству городов, водоснабжению, удалению нечистот. Подчеркивалась важность учета и регистрации заболеваемости (медико-статистическое бюро, Минск, 1899). Были учреждены должности городских санитарных врачей (Минск, 1895; Витебск, 1897; Гродно, 1904; Могилев, 1909). В Белоруссии стали проводиться прививки против скарлатины (1906) и холеры (1908).

Организационное становление санитарно-профилактического направления началось в условиях земства. По образцу других земских губерний Российской империи в Белоруссии формировалась земская санитарная организация. Так, в Минской губернии ее составили: земский губернский санитарный совет (1909), земский губернский санитарный врач (1910), уездные санитарные врачи (1912), земская Пастеровская станция (1911). В 1910 г. в Орше открывается первая в Беларуси Пастеровская станция, а в Могилеве создается медицинское учреждение (бактериологическая лаборатория, дезинфекционная камера, изолятор) - прообраз санитарной станции. Видные белорусские врачи, состоящие на государственной службе (С.В. Балковец, С.Н. Урванцев, К.Ю. Кононович и др.), проводили изучение санитарного состояния городов, выступали за устройство медико-санитарного дела на общественных принципах, распространение гигиенических знаний. В Могилеве (1909) и в Витебске (1913) были организованы санитарные попечительства [А20, А309, 357]. Развитию общественного характера и практическому решению задач медицины способствовали съезды представителей земств и земских врачей (Могилевский, 1907; Витебские, 1906, 1912; Минские, 1912, 1914; Бобруйский, 1911).

Введение должностей городских врачей (1797) исторически предшествовало городской медицине. Вместе с тем, городская медицина как система медицинской помощи населению городов за счет городского бюджета стала реализовываться в результате реформ городского самоуправления (1870, 1892, 1906). Городские управы субсидировали действовавшие лечебные учреждения, относящиеся к другим формам содержания (приказы общественного призрения, земства, еврейские общины, благотворительные), а также открывали и финансировали собственные медицинские учреждения и персонал. Так, в 1912 г. в Минске на медицину расходовалось 3,4% городского бюджета и действовали городские медицинские учреждения: родильный приют (1895), две амбулатории (1899, 1912), аптека (1912), дезинфекционная камера (1905), санитарная комиссия (1911). Кроме того, на содержании города состояли 10 врачей, 3 фельдшера, 3 акушерки и 1 фармацевт. Некоторые другие города тоже открывали собственные учреждения (амбулатория, Гродно, 1912; аптека, Пинск, 1912).

Следует отметить, что со второй половины XIX века преимущественно в городах осуществлялись противовенерические мероприятия, которые носили, в основном, медико-полицейский характер. В 1867 г. в Гродно была учреждена штатная должность врача для осмотра проституток. В 1891 г. в Минске для этой цели организован городской санитарный комитет, а в 1898 г. открыта больница. В дальнейшем венерические отделения имелись и в земских губернских больницах (Минск, Могилев), в них стали использовать (Минск, 1910) сальварсан.

Эпидемия холеры (1909) вызвала недовольство населения – «холерные бунты» и побудила городские власти к открытию первых «заразных» больниц (Витебск, 1911; Гродно, 1912; Минск, 1913). Так, Минская заразная больница (на 60 коек) располагалась в трех одноэтажных корпусах, в каждом из которых можно было оборудовать ряд изолированных отделений.

Фабрично-заводскую медицину можно рассматривать как историческую предшественницу страховой медицины в Белоруссии. Так, в 1899 г. в Минске организована первая фабрично-заводская амбулатория, в которой могли бесплатно получить помощь рабочие 13 предприятий. Содержание амбулатории осуществлялось не только за счет владельцев, но и рабочих (в виде дополнительного налога). В 1903 г. начала работу вторая амбулатория, позже они объединились в центральную рабочую амбулаторию. Кроме этого, некоторые фабрики, не открывая лечебного учреждения, нанимали для работы медицинский персонал. В 1907 г. амбулаторной помощью было охвачено около половины рабочих (и членов их семей) Минска.

Закон об обязательном страховании рабочих на случай болезни (1912) положил начало страховой медицине в Белоруссии. С целью его

реализации на принципах самоуправления и самофинансирования организовывались первые больничные кассы (Минск, 1913; Витебск, 1913). К 1914 г. в Минской губернии действовало 16 больничных касс (в том числе в Минске 2, из которых одна общая, охватывающая 28 предприятий с 1416 рабочими). Больничная касса имела устав, которым руководствовался исполнительный орган-правление. В уставе Минской больничной кассы предусматривалась выплата пособий (при утрате трудоспособности в связи с заболеванием, травмой, беременностью и родами, при смерти – на погребение); организация лечебных учреждений или же заключение договоров на оказание помощи в земских, городских и частных медицинских заведениях. В 1914-1915 гг. фонд больничной кассы складывался из взносов владельцев (до 40%) и рабочих (до 60%). Размер взноса снизился с трех до одного процента заработной платы.

Таким образом, в канун Первой мировой войны в Белоруссии происходило становление и развитие новых организационных форм – земской, городской и страховой медицины.

Тищенко Е.М., Игнатович Ф.И.

В.Ч. БРЖЕСКИЙ: ВРАЧ, УЧЕНЫЙ, ПЕДАГОГ И ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

ОО «Гродненское научное общество историков медицины»

Гродно, Беларусь

12(25) ноября 1913 г. исполнилось 100 лет со дня рождения профессора доктора медицинских наук Витольда Чеславовича Бржеского. Он родился в селе Рубанка Бахмачского района Черниговской области в семье земских врачей. Поэтому не удивителен его интерес к медицине и профессии врача. После окончания в 1936 г. 1-го Ленинградского медицинского института он прослужил два года в армии в должности начальника медицинской службы полка и врача-ординатора. С 1938 по 1939 г. работал начальником 10-го врачебного участка на станции Масельская Кировской железной дороги. В 1939-1940 гг. служил судовым врачом на ледоколе «Ермак», участвовал в полярной экспедиции.

В 1940 г. В.Ч. Бржеский был принят на работу в г. Балашов Саратовской области, где трудился заместителем директора фельдшерско-акушерской школы и заместителем заведующего горздравотделом. В 1944 г. по приказу Комиссариата здравоохранения РСФСР его, как опытного организатора здравоохранения, направили в Псковскую область, где он возглавлял областную государственную санитарную инспекцию, затем назначен директором Печорской фельдшерско-акушерской школы, которую организовал.

В 1945 г. по предложению Ленинградского облздравотдела В.Ч. Бржеский переехал в г. Тихвин Ленинградской области, где работал вначале главным врачом районного кожно-венерологического диспансера, а с 1957 по 1961 г. - заместителем главного врача межрайонной больницы. В этот период он проявил себя как высококвалифицированный организатор поликлинического обслуживания населения, за что Министерством здравоохранения РСФСР ему была установлена 20% надбавка к заработной плате. Наряду с большой практической работой Витольд Чеславович активно занимался научными исследованиями. Первая научная статья «Одновременное заболевание обыкновенным сикозом и сифилисом спинного мозга» опубликована им в 1947 г. (журнал «Врачебное дело»). Опубликовав еще ряд других работ клинической направленности, он стал с 1954 г. заниматься изучением научной деятельности практических врачей. Накопленные ценные данные были обобщены в кандидатской диссертации на тему «Научная деятельность советских практических врачей в области хирургии», которая успешно защищена в Харькове в 1958 г.

В 1961 г. В.Ч. Бржеский был назначен главным врачом Медвежьегорской районной больницы Карельской АССР, но имея ученую степень и опыт педагогической работы, занимал эту должность непродолжительное время. Приняв участие в конкурсе, объявленном недавно открытым Гродненским медицинским институтом, он в 1961 г. получил приглашение создать и возглавить кафедру организации здравоохранения и истории медицины. Возглавляя ее бессменно до 1982 г., ему во всей полноте удалось проявить свои способности как ученого и педагога. В 1969 г. им успешно защищена докторская диссертация на тему «Очерки истории земской хирургии». В 1970 г. ему присвоено ученое звание профессора [3].

Работая в Гродно, Витольд Чеславович стал известен как широко эрудированный ученый не только в Беларуси и СССР. Его научное довольно обширное творчество полностью пока еще не раскрыто. Всего им выполнено и опубликовано в научных журналах и сборниках 363 работы, которые можно разделить на три группы. Актуальным проблемам социальной гигиены, организации здравоохранения и высшего медицинского образования посвящено 60 работ. Значительный научный и практический интерес представляют выполненные им лично и совместно с сотрудниками исследования по изучению экономических последствий заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди рабочих промышленных и сельскохозяйственных предприятий (1963-1965, 1970-1971). Обобщенные результаты послужили основой для разработки профилактических мероприятий, большинство которых было внедрено в практику.

Заслуживают особого внимания научные работы, выполненные под руководством проф. В.Ч. Бржеского по острым проблемам экономики здравоохранения и совершенствованию управления медицинскими учреждениями, особенно расположенными в сельской местности. Высокую оценку по-

лучили результаты углубленного изучения заболеваемости лиц престарелого и старческого возраста, проведенного всей кафедрой с привлечением студентов (1972-1977). По их итогам определена более высокая потребность этих возрастных групп населения в медицинской помощи. На основе этих данных подготовлены методические рекомендации по совершенствованию их обслуживания с учетом необходимости расширения финансирования.

Проф. В.Ч. Бржеским в научных и популярных публикациях значительное внимание уделялось вопросам медицинской этики, необходимости повышения качества подготовки врачей и их последиplomного усовершенствования. Поднимаемые им в стране актуальные проблемы и вносимые предложения становились неоднократно предметом дискуссий в печати не только среди медицинских работников, но и общественности.

Ведущим направлением в научном наследии проф. В.Ч. Бржеского является история медицины и здравоохранения. Первую историко-медицинскую статью «О научной деятельности практических врачей» он опубликовал в 1951 г. (журнал «Врачебное дело»). Всего по этому направлению им опубликовано 80 научных работ, отличающихся широкой источниковедческой базой. Он лично работал в 52 отечественных и 2 зарубежных архивах. Наиболее значительный вклад им внесен в изучение зарождения и становления в России земской медицины и такой ее важной отрасли как хирургия. При этом как в кандидатской, так и в докторской диссертациях он не ограничился только обобщением и оценкой достижений ученых и практических врачей.

Широкое признание общественности получила деятельность проф. В.Ч. Бржеского по выявлению, учету и систематизации фактов увековечивания заслуженных деятелей медицины и здравоохранения в СССР. За период с 1977 по 1983 г. изучением были охвачены все районы, города областного и республиканского подчинения. С этой целью в действующие в них медицинские учреждения было направлено 37000 писем с запросами. Принимали в этом участие партийные и советские органы, архивы и музеи, краеведы. Таким образом, при поддержке Гродненского медицинского института собраны сведения о 2728 фактах увековечения 1304 медицинских работников. О каждом из них выявлены краткие биографические данные и их заслуги. Они в 1984 г. обобщены в «Указателе увековеченных имен медицинских работников СССР», который состоит из 2 томов и, к сожалению, до сих пор не издан [10].

При анализе этих материалов проф. В.Ч. Бржеским отмечено, что более активно работа по увековечиванию велась в России, где имеются знаки народной памяти 1068 медицинским работникам, на Украине – 488, в Грузии – 139; значительно реже в Литве – 59, Эстония – 57 и Беларусь – 52. Установлено также, что имена некоторых ученых и врачей увековечены многократно (например, Н.И. Пирогова – 158 раз, И.П. Павлова – 106), а

других, не менее знаменитых, – ничем не защищены от забвения и могут быть утрачены.

По инициативе проф. В.Ч. Бржеского и поддержке руководства Гродненского медицинского института, возглавляемой им кафедры, удалось к 1983 г. добиться возрождения из забвения 62 новых имен. В их числе были и впервые увековеченные. С не меньшими трудностями удалось также восстановить в названиях 5 больниц имена бывших медицинских работников.

Этой подвижнической деятельностью проф. В.Ч. Бржеский снискал уважение не только медицинской общественности. Широкое признание получила популяризация им заслуг медиков через периодическую печать. С использованием собранных материалов он опубликовал в профильных научных медицинских журналах около 10 статей о наиболее известных ученых и врачах. Кроме того, за период с 1980 по 1984 г. в районных, областных и республиканских газетах СССР им опубликовано свыше 1500 статей, из которых читателям стало известно об их знаменитых земляках-медиках.

В период работы на кафедре организации здравоохранения и истории медицины (с 1965 г. – социальной гигиены и организации здравоохранения) проф. В.Ч. Бржеский имел незаурядную теоретическую и практическую подготовку в области этих предметов, включая историю медицины. К этому он готовил преподавателей кафедры, а также требовал от них соблюдения учебного процесса. Оказывал помощь врачам в выполнении научно-практических работ. Был строгим, но доступным для студентов, стремился отучить их от вредных привычек.

Врачебную и научно-педагогическую деятельность проф. В.Ч. Бржеский постоянно сочетал с общественной работой. Он избирался народным заседателем Тихвинского городского суда, кандидатом в члены Медвежьегорского райкома КПСС, секретарем партийной организации курса, председателем товарищеского суда медицинского института. В течение ряда лет являлся членом ученого медицинского совета Министерства здравоохранения БССР, председателем секции социальной гигиены Гродненского областного отделения научного общества гигиенистов и санитарных врачей.

За заслуги в трудовой и общественной деятельности проф. В.Ч. Бржеский был награжден четырьмя медалями и многими грамотами. Находясь с 1982 г. на пенсии, он продолжал активно заниматься увековечиванием медиков. Прервала эту работу только скоропостижная смерть, наступившая 16 октября 1984 г. Имя его, благодаря университету и кафедре, не предано забвению. О его жизни и деятельности опубликовано более 10 статей в научных [4, 5, 6, 8] и энциклопедических [1, 2, 7] изданиях. В 2008 г. в университете состоялась научная конференция студентов и молодых ученых, посвященная 95-летию со дня его рождения [9].

Литература:

1. Гарелик П.В., Тищенко Е.М. Бржеский Витольд Чеславович // 50 лет Гродненскому государственному медицинскому университету : события и биографии. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – С. 306-307.
2. Ігнатовіч Ф.І. Бржэскі Вітольд Часлававіч // Энцыклапедыя гісторыі Беларусі. – Мінск: Бел СЭ, 1994. – Т. 2. – С 79.
3. Игнатович, Ф.И. Профессор В.Ч. Бржеский и его роль в увековечении заслуженных деятелей медицины и здравоохранения // Красный Крест и благотворительность : матер. науч. конф. – Гродно, 1995. – С. 79 – 83.
4. Игнатович Ф.И. Вклад профессора В.Ч. Бржеского в увековечивание заслуженных деятелей медицины и здравоохранения // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – № 3. – С. 90-92.
5. Игнатович Ф.И. Профессор В.Ч. Бржеский и его деятельность по увековечиванию заслуженных деятелей медицины и здравоохранения в СССР // Медицинская профессура СССР : матер. межд. конф. – М., 2012. – С. 120-122.
6. Памяти Витольда Чеславовича Бржеского: некролог // Здравоохранение Белоруссии. – 1985. – № 6. – С. 78 (с порт.).
7. Снежицкий В.А., Тищенко Е.М. Бржеский Витольд Чеславович // Профессора и доктора Гродненского государственного медицинского университета : биограф. справочник. – Гродно: ГрГМУ, 20013. – С. 54-56.
8. Тищенко Е.М. Профессора В.Ч. Бржеский и Г.Р. Крючок – основатели истории медицины в Гродно и Беларуси // Преподавание истории медицины в высшей школе : история и современное состояние : матер. межд. конф. – Сумы, 2007. – С. 78-80.
9. Тезисы докладов конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора В.Ч. Бржеского. В 2 ч.: 10-11 апреля 2008 г. / ред. кол.: П.В. Гарелик [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – Ч. 1,2.
10. Государственный архив Гродненской области. – Ф. 260. – Оп. 1. – Д. 227 и 228.

Третьякевич В.К.

РАЗВИТИЕ КОММЕРЧЕСКИХ АПТЕК В ГРОДНО

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

В условиях разрыва хозяйственных связей после распада Советского Союза население республики стало отмечать дефицит медикаментов, особенно иностранного производства. Для его ликвидации Минздрав республики разрешил получение лицензий на оптовую и розничную торговлю медикаментами коммерческими организациями. В октябре 1994 года ООО «Белфармсервис» была открыта первая коммерческая аптека в Гродно по ул.Томина,14А.Также в1994 году МП «Биоком» и НПК»Биотест» организовали работу вновь открытых аптек. Последняя открыла в 1996 году аптеку-музей. В ней, наряду с торговыми площадями,

имеется экспозиция, в которой представлена история развития аптечного дела в нашей стране.

Первые коммерческие аптеки решали многие задачи. Необходимо было в короткие сроки насытить внутренний рынок страны медикаментами. Для реализации этой задачи были установлены прямые торговые связи между частными предприятиями, владеющими аптеками, и заводами-производителями. Провизоры и фармацевты коммерческих организаций активно продвигали на рынок новые, еще малоизвестные широкому потребителю лекарственные препараты. Самая сложная задача, которую приходилось решать организаторам коммерческого аптечного движения, заключалась в том, чтобы сломать недоверие населения к коммерческим аптекам. Однако эти задачи были успешно решены. С годами частная коммерческая аптечная сеть в нашем городе успешно развивалась. Так сегодня в городе Гродно насчитывается 41 государственная и 66 коммерческих аптек, в области - 221 государственная и 126 коммерческих.

Первенцы частного аптечного бизнеса изменились. МП «Биоком», к примеру, ликвидировало собственную розничную аптечную сеть. Оно занимается оптовыми поставками в республику свыше 100 наименований лекарственных препаратов, преимущественно российского производства.

Начиная с 1997 г. научно-производственная компания «Биотест» осуществляет изготовление лекарственных средств из растительного сырья. Сегодня – это 47 наименований лекарственных средств, 11 наименований биологически-активных добавок. В производстве и контроле качества продукции заняты, более 50 высококвалифицированных сотрудников, способных решать многочисленные задачи, обеспечивать качество, эффективность и конкурентоспособность продукции в современных рыночных условиях.

При разработке и производстве лекарственных средств из растительного сырья научно-производственная компания «Биотест» опирается на многовековые народные традиции, дополненные современными знаниями и исследованиями в области фитотерапии, фармацевтики и медицины, а также собственными инновационными разработки.

Уровень требований к качеству выпускаемой предприятием продукции очень высок. Качество, эффективность и безопасность производимых лекарственных средств закладывается уже на стадии сырья, которое поступает на производство исключительно в случае его полного соответствия требованиям, установленным Государственной Фармакопеей Республики Беларусь и внутренним стандартами предприятия. Поэтому растительное сырье закупается только у проверенных временем, имеющих безупречную историю поставок, одобренных и утвержденных поставщиков. Надежность партнерства регулярно подтверждается аудитами поставщиков.

Сырье, материалы, промежуточная и готовая продукция проходят строгий контроль качества в соответствии с требованиями Государственной Фармакопеи Республики Беларусь и фармакопейных статей производителя. Это обеспечивает получение качественной стандартизированной продукции, которую компания поставляет в страны Таможенного союза.

В настоящее время НПК «Биотест» начал строительство нового корпуса производственного цеха, проводится модернизация действующих складских и производственных площадей, закупается новое оборудование.

Таким образом, за двадцать прошедших лет коммерческие аптеки прошли значительный путь, органично влившись в систему лекарственного обеспечения населения страны.

Троянов А.А., Чернов В.А., Торопилов Д.М., Терехов В.И.
НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ: К 55 – ЛЕТИЮ 4-ОЙ ГОРОДСКОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМЕНИ Н.Е. САВЧЕНКО

УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко»
Минск, Беларусь

Приближается юбилейная дата 55-летие со дня официального открытия учреждения здравоохранения «4-я городская клиническая больница имени Н. Е. Савченко». Это возраст целого поколения людей, прошедших практическую школу в стенах больницы и получивших опыт в решении лечебно-диагностических и организационных проблем.

1954г. – начало строительства больницы

1957г. – на базе первого (терапевтического) корпуса открыт противотуберкулёзный диспансер и стационар на 140 коек. Главным врачом больницы была назначена Сельдимирова Елена Михайловна.

1 октября 1960г. – в связи с завершением строительства главного корпуса, решением Минского горисполкома №499 от 22 сентября 1960г. Была открыта 4-я городская клиническая больница на 700 коек. В её состав входили:

3-я городская поликлиника, 3-я детская поликлиника, 12-я детская поликлиника, 3-й противотуберкулёзный диспансер, 17 стационарных отделений на 700 коек

1 марта 1962г. – в состав 4-ой ГКБ вошла 15-ая городская поликлиника

1976г. – введён в строй кардиологический корпус, с 3 ноября 1976г. главным врачом больницы назначен Барченко А.Т.



Сельдимирова Е.М.
(с 1957 по 1976)



Барченко А.Т.
(с 1976 по 1983)

1983г. – открылся урологический корпус, с 19 октября 1983г. главным врачом назначен Горбатов В.Е.

1 января 1986г. – в состав 4-ой ГКБ включён только стационар на 1305 коек. Поликлиники и противотуберкулезный диспансер выведен из состава 4 ГКБ

1 января 1992г. – в 4-ую ГКБ входит стационар на 1005 коек

15 марта 1999г. – главным врачом больницы назначен Крутьянов Н.Ф.

1 января 2001г. – в связи с реорганизацией БелНИИ кардиологии в Республиканский научно-практический центр «Кардиология» и с переходом ряда кардиологических и кардиохирургических отделений

больницы в его состав, в больнице остаётся 860 коек

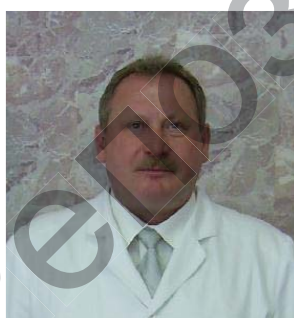
6 февраля 2001г. – Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 6.02.2001 увековечена память академика Николая Евсеевича Савченко: на урологическом корпусе помещена мемориальная доска и больнице присвоено его имя

15 января 2002г. – главным врачом больницы назначен Троянов А.А.

Февраль 2003г. – открыто отделение сосудистой хирургии, организован городской центр сосудистой хирургии.

4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко являлась и остаётся ведущей клинической

базой подготовки медицинских специалистов таких крупных учреждений, как Белорусский государственный медицинский университет и Белорусская медицинская Академия последипломного образования. Лечебно-диагностический процесс в больнице осуществляется с участием кафедр БГМУ: урологии (возглавляемой профессором Строщим Александром



Троянов А.А. (с 2002)

Владимировичем), военно-полевой хирургии (возглавляемой доцентом Жидковым С.А., клинической базой руководит профессор Гаин Юрий Михайлович), клинической фармакологии (во главе с профессором Кевра Михаилом Константиновичем), внутренних болезней №3 (возглавляемой профессором Митьковской Н.П.), ЛОР болезней (руководитель доцент Буцель А.Ч.). Под руковод-

ством научных работников РНПЦ «Кардиология», возглавляемого д.м.н., профессором, членом-корреспондентом НАН Мрочеком Александром Геннадьевичем, проводится внедрение новых медицинских технологий в лечении и диагностики сердечно-сосудистых заболеваний. Здесь ярко проявилась научная, педагогическая и клиническая деятельность основателя торакальной хирургии в Республике Беларусь, профессора Маслова Петра Николаевича. В нашей больнице впервые профессором Шоттом Александром Владимировичем была разработана и внедрена операция по коррекции аортальных пороков с помощью искусственного клапана. С увлечением студенты-медики слушали лекции молодого профессора, в дальнейшем основателя научно-исследовательского института кардиологии, академика Сидоренко Георгия Ивановича.

Большой вклад в развитие оториноларингологии в Республике Беларусь и подготовку специалистов внесла кафедра оториноларингологии МГМИ впоследствии БГМУ, возглавляемая в разные годы профессорами Книга Николаем Павловичем, Гапоновичем Виктором Яковлевичем, Тимошенко Павлом Андреевичем.

Много лет плодотворно трудился в стенах 4-ой ГКБ академик национальной академии Республики Беларусь, лауреат Государственной премии СССР и БССР, профессор, д.м.н., организатор кафедры урологии в МГМИ, ректор БелГИУВ с 1960 по 1966 годы, Николай Евсеевич Савченко. Являясь Министром здравоохранения БССР в течение 20-ти лет, Н.Е. Савченко внёс большой вклад в развитие основ нового направления в белорусской урологии и здравоохранения в целом.

Становление и развитие трансплантологии как науки в Республике Беларусь обязана ему. Первая пересадка почки в Республике Беларусь (в то время БССР) была, проведена Николаем Евсеевичем Савченко в 1971 году и первые операции по трансплантации делал именно он. Сегодня Белорусской трансплантологии уже более 30 лет, за плечами – тысячи операций. Работавшие в то время под руководством академика Савченко Н.Е. молодые и энергичные урологи Апцешко А.Д., Сологуб Г.А., Солоненко А.Д., Бань Г.А., Скобеус И.А. активно внедряли в лечебно-диагностический процесс новый, прогрессивный для того времени радиоизотопный метод диагностики. В 1969 году открывается третья в БССР радиоизотопная лаборатория и первым ее заведующим стал Касперович В.И.. Осваиваются и внедряются в медицинскую практику новые перспективные методы радиоизотопной диагностики: исследование поглощательной и экскреторной функции печени, скеннирование печени и почек, исследование эффективного почечного кровотока и плазмотока, расчет отдельных почечных клиренсов. Под руководством академика Сидоренко Г.И. и профессора Шота В.А. для кардиологии внедряются методы исследования центральной и периферической гемодинамики, объема циркулирующей крови и плазмы. В настоящее время под руководством

заведующего отделением радионуклидной диагностики Терехова В.И. используется новая инновационная технология по исследованию перфузии миокарда радиоизотопным методом.

С 6 февраля 2001г. постановлением Совета Министров РБ 4-я ГКБ удостоена высокой чести носить имя основателя белорусской школы урологии, нефрологии и трансплантации почки, академика, доктора медицинских наук, профессора Николая Евсеевича Савченко.

Николай Евсеевич Савченко родился 7 ноября 1922 года в посёлке Красный Дворец Чечерского района Гомельской области. В 1948 году закончил Минский медицинский институт. Работал главным врачом Гродненского кожно-венерологического диспансера. С 1960-го по 1966 год был ректором Белорусского института усовершенствования врачей, в 1966 году ему присвоено звание профессора, тогда же он был назначен министром здравоохранения и проработал в этой должности 20 лет. В 1967 году Николай Евсеевич организовал и возглавил новую кафедру урологии в Минском медицинском институте. В 1972 году избран действительным членом Академии наук БССР.



Николай Евсеевич Савченко – автор более 300 научных работ, 11 монографий и 9 изобретений. Он подготовил 6 докторов и 24 кандидата медицинских наук. Член Европейской международной ассоциации урологов, председатель Белорусской ассоциации урологов.

Работу крупного организатора здравоохранения Николай Евсеевич сочетал с интенсивной лечебной и научно-педагогической деятельностью. При его личном участии сформирован ряд новых перспективных направлений научных исследований.

В настоящее время учреждение здравоохранения «4-я городская клиническая больница имени Н. Е. Савченко» является многопрофильным лечебно-диагностическим учреждением с высоким научно-практическим и профессиональным потенциалом как врачебного, так и сестринского персонала. В больнице аттестовано на квалификационные категории около 95% врачей и около 85% среднего медицинского персонала. Шестеро практических врачей отделений больницы защитили учёную степень кандидата медицинских наук. В 2004 году создан городской урологический центр. В больнице функционирует единственное в Республике отделение по трансплантации почки.

Открывшееся в феврале 2003 года отделение сосудистой хирургии под руководством кандидата медицинских наук, лауреата Государственной премии РБ Романовича В.П. является городским центром сосудистой хирургии.

Новейшие инновационные медицинские технологии легли в основу деятельности отделений рентген-ударноволнового дистанционного дробления камней и эндоскопической хирургии, общей хирургии, ультразвуковой диагностики и эндохирургии, гемодиализа, пересадки почки, радионуклидной диагностики и многих других отделений.

Высоким авторитетом среди пациентов пользуются терапевтические отделения (кардиологии, нефрологии).

Администрация учреждения здравоохранения «4-я городская клиническая больница имени Н. Е. Савченко» стремится сохранить и развить традиции, заложенные при основании и становлении больницы, направить усилия коллектива в сотрудничестве с учёными-медиками на оказание высококвалифицированной медицинской помощи жителям нашего города и других регионов Республики.

Наша цель – вернуть Вам здоровье и радость жизни!

Трусь Е.И.

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ-ЛАУРЕАТЫ МЕДАЛИ ФЛОРЕНС НАЙТИНГЕЙЛ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

14 мая 1912 года на IX Международной конференции Красного Креста, проходившей в Вашингтоне, была учреждена медаль Флоренс Найтингейл в память добрых дел английской сестры милосердия, добровольно посвятившей всю свою жизнь уходу за больными и ранеными, улучшению санитарных условий в больницах.

Шесть медицинских сестер Беларуси – участниц Великой Отечественной войны – награждены этой медалью. Это С.В. Голухова, Е.М. Шевченко, Е.Е. Сиренко, С.А. Кунцевич, М.А. Гарачук, З.М. Туснолобова-Марченко.

В Республике Беларусь ещё пять медицинских сестёр удостоены этой награды.

В 2009г. медали имени Флоренс Найтингейл удостоена Нина Николаевна Близнюк – медицинская сестра милосердия Минской городской организации Белорусского Общества Красного Креста за беззаветное служение прикованным к постели одиноким пожилым людям и инвалидам. Нина Николаевна избрала своим жизненным кредо помощь наиболее нуждающимся: одиноким и одиноко проживающим людям, тем, кто прикован к постели из-за болезни или физического недуга; тем, кто не может передвигаться без посторонней помощи. В течение более 40 лет она оказывает таким людям медико-социальную помощь и уход на дому. При

ликвидации последствий аварии на ЧАЭС принимала активное участие в проведении мероприятий по оценке состояния здоровья переселенцев из территорий с высоким уровнем радиоактивного загрязнения.

Нина Николаевна Близнюк стремится развивать новаторскую деятельность по улучшению качества ухода и подготовки сотрудников. Она впервые внедрила в практику работы с подопечными приглашение священника к ним на дом. Кроме того, Нина Николаевна Близнюк активно участвует в развитии волонтерского движения в БОКК, постоянно участвует в организации различных молодежных программ, в первую очередь в проведении образовательных программ «Первая неотложная помощь», «Молодежь против СПИДа» и других.

В 2011 г. медали имени Флоренс Найтингейл удостоена Людмила Ивановна Леликова – медицинская сестра милосердия Могилевской городской организации Белорусского Общества Красного Креста. В течение 20-и лет Людмила Леликова руководила Службой милосердия Могилевской областной организации Красного Креста. Людмила Ивановна участвует в проведении реинтеграционной работы с потерпевшими от торговли людьми – обеспечивает медицинское обследование жертв трафика на выявление у них социально-опасных болезней, организует их лечение, оказание психологической помощи, оказывает содействие в обучении востребованным на рынке труда профессиям и трудоустройству. При непосредственном участии Людмилы Ивановны Леликовой созданы и подготовлены 6 волонтерских отрядов Красного Креста «Сердце отдаем людям». В рамках выполнения мероприятий Чернобыльской программы Людмила Ивановна Леликова в составе передвижной диагностической лаборатории Красного Креста выезжала для обследования населения, проживающего в самых отдаленных деревнях и поселках зараженных радионуклидами районов Могилевской области. Людмила Леликова, активно способствовала сохранению службы после распада Советского Союза. На протяжении многих лет Людмила Леликова является инструктором по первой помощи. Людмила Леликова – почетный донор БССР, СССР и Республики Беларусь, кавалер медали им.Н.И. Пирогова.

В 2013г. высшей и самой престижной международной награды медицинских сестер удостоились: Ольга Гейцева (г. Мозырь, Гомельская областная организация БОКК), Тамара Терешина (Брестская городская организация БОКК) и Изольда Семушина (главная медицинская сестра Дорожной организации Белорусской железной дороги БОКК).

Гейцева Ольга Адамовна еще во время учебы в школе активно участвовала в движении Красного Креста и начала свой трудовой путь в качестве медицинской сестры милосердия Красного Креста. Уже более 40 лет она оказывает медицинский уход и помощь в удовлетворении бытовых и социальных нужд, психологическую поддержку одиноким и тяжелобольным людям, инвалидам. За долгие годы работы подготовила более

200 волонтеров сестринского ухода, которых обучила оказанию помощи лежащим больным. Также Ольга Адамовна обучает волонтеров оказанию первой помощи при чрезвычайных ситуациях.

Терешина Тамара Михайловна 9 лет была старшей патронажной медсестрой и руководила Службой сестер милосердия Брестского областного комитета Красного Креста. В настоящее время она оказывает медицинский уход и помощь в удовлетворении бытовых и социальных нужд, психологическую поддержку одиноким пожилым тяжелобольным людям, инвалидам. В Центре медико-социальной помощи Красного Креста Тамара Михайловна вместе с волонтерами организует встречи и мероприятия для одиноких престарелых. Принимала участие во многих программах Красного Креста, связанных с оказанием помощи уязвимым слоям населения. Оказывала социальную помощь жертвам торговли людьми в рамках программы «Борьба с торговлей людьми: Республика Беларусь». В настоящее время принимает активное участие в профилактической работе с лицами БОМЖ. На протяжении 7 последних лет Тамара Михайловна работает в анонимно-консультативном пункте по обмену шприцев потребителям инъекционных наркотиков, оказывает им психологическую, консультативную поддержку.

Семушина Изольда Антоновна с 1990 года возглавила Службу медсестер милосердия Дорожной организации Белорусского Общества Красного Креста и в настоящее время организует работу 51 медицинской сестры милосердия по оказанию медико-социальной помощи подопечным, одиноким инвалидам и ветеранам Великой Отечественной Войны. При этом она сама принимает участие в уходе и является тренером по обучению волонтеров уходу на дому. Под ее руководством сформирована информационно-аналитическая база о работе медсестер милосердия, позволяющая более эффективно анализировать и контролировать деятельность по оказанию помощи подопечным. Участвовала в совместной программе с региональным комитетом Немецкого Красного Креста по организации совместного производства постельных принадлежностей и одежды пациентам домов-интернатов.

Факт признания заслуг каждой из них и высокой оценки многолетней работы всей службы сестер милосердия БОКК, является свидетельством укрепления имиджа БОКК, повышения авторитета страны.

СТАНОВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ: ОПЫТ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*ГБОУ ВПО «Южно-Уральский медицинский университет», Челябинск,
Россия*

Русско-японская война 1904-1907 гг. показала наличие существенных недостатков в медицинском обеспечении раненых и пострадавших, в частности, с повреждениями лица. Не хватало специалистов, знающих основы челюстно-лицевой хирургии и умеющих оказывать ортопедическую помощь таким раненым, отсутствовала четкая система этапного лечения. Так, О.Е. Клингельгер (1905) писал, что раненые в челюсть получали специализированную помощь через 5-6 месяцев после ранения в связи с отсутствием на фронте зубных врачей[3].

Отсутствие специализированной стоматологической (особенно хирургической) помощи в армии было особенно заметно в начале Первой мировой войны [5]. В этот период на долю ранений головы приходилось от 14 до 20 % всех ранений, указывал Г.И. Вильга (1916). При этом специализированная помощь оказывалась раненым только в тыловых лазаретах и только через 1–6 месяцев после ранения. Так, Г. И. Вильга приводит следующие данные о поступлении раненых в Московский челюстной госпиталь: через 1–4 недели поступали 32% раненых; через 1–6 месяцев – 58%; в разное время – 10%.

Учитывая настоятельную необходимость, Совет врачей армии и флота при Главном военно-санитарном управлении в начале 1917 г. утвердил положение «Об организации зубоврачебной помощи в армии», которое, с целью улучшения оказания помощи раненым и пострадавшим, предусматривало введение челюстных лазаретов и челюстных отделений при хирургических госпиталях. Челюстные лазареты или отделения были организованы в Петрограде, Москве, Смоленске, Киеве, Харькове, Одессе и других крупных городах России. Созданные лазареты и госпитали быстро заполнились ранеными. Однако и в них первое время во многих случаях оказывалась малоквалифицированная помощь. Зубные врачи, не обладая знаниями и опытом, учились на раненых и изыскивали способы шинирования переломов челюстей. Хирурги, несмотря на их высокую квалификацию в других разделах хирургии, также были малоосведомленными в части челюстно-лицевых операций [2,3].

Опыт лечения челюстно-лицевых повреждений в период войны 1914-1918 гг. освещен бывшим руководителем Московского челюстного госпиталя проф. Г. И. Вильга в его работе «Помощь на фронте раненым в челюсть». Наиболее успешно проводилась ортопедическая часть лечения. Лечение свежих ран в современном представлении почти полностью

отсутствовало. В зачаточном положении находились и хирургические мероприятия при повреждении челюстей и обезображивании лица [1,2].

Тем не менее уже в годы Первой мировой войны был сделан ряд открытий, существенно повлиявших на оказание помощи раненым и определивших дальнейшее развитие хирургической стоматологии.

Так, в 1915 г. отечественный врач С.С. Тигерштедт впервые разработал и внедрил в клиническую практику металлические гнутые назубные шины при лечении переломов челюстей, которые произвели революционный переворот в деле оказания помощи раненым в челюстно-лицевую область. Значение этого факта подтверждается тем, что шины Тигерштедта до сих пор используются в хирургической стоматологии [4].

В 1915 г. Р. Фальтином была предложена гипсовая повязка для вытяжения отломка нижней челюсти при двойном переломе и опасности асфиксии. Повязка была громоздкая, тяжело переносилась ранеными и носила название «слона». Кроме того, Р. Фальтин, будучи общим хирургом, впервые применил в 1916 г. закрепление отломков верхней челюсти путем подвеса проволокой к скуловой кости. Эта методика была усовершенствована Адамсом уже в годы второй мировой войны (1942). Р. Фальтин в своей работе «Лицевые и челюстные огнестрельные повреждения и их лечение» (1916) обосновал наметившуюся тенденцию к выделению челюстной хирургии из общей хирургии и её слиянию с протезированием – разделом зубопротезирования. По мнению Фальтина, на данном этапе развития хирург уже не мог заниматься челюстной хирургией, не зная основ зубопротезирования. К этому периоду (1916) и следует отнести возникновение хирургической стоматологии как самостоятельной дисциплины [3,5].

Выдающийся русский хирург Д.И. Сабанеев в 1916 г. выпустил руководство «Ранения нижней челюсти и окружающих ее мягких тканей», которое было крайне необходимо для практических врачей.

В 1919 г. вышло руководство Г.И. Вильга для врачей и студентов «Помощь на фронте раненым в челюсть», в котором подробно был дан анализ ошибок при лечении пострадавших, описана клиническая характеристика ранений челюстно-лицевой области, обсуждены организационные вопросы оказания помощи и рекомендованы схемы лечения больных.

В 1919 г. Г.И. Вильга, П.А. Герцен, А.В. Мартынов впервые разработали специальный набор инструментов для оказания хирургической помощи раненым с челюстно-лицевыми повреждениями [2,4].

Исключительную роль сыграл предложенный в 1916 г. В. П. Филатовым и названный его именем стебельчатый кожный лоскут, дающий возможность замещать дефекты и воссоздавать утраченные формы частей и органов лица [2].

Весьма примечательно высказывание А. Э. Рауэра в его статье об историческом развитии лицевой пластики в Советском Союзе. Говоря о роли челюстных госпиталей и значении совместной работы хирургов с

протезистами и зубными врачами и встретившихся недостатках при этом, он пишет: «Но толчок к образованию таких специалистов, у которых знания хирурга сочетались бы со знанием стоматолога и протезиста, был дан, и эта идея уже теперь в нашем Союзе дает определенные результаты в виде подготовки стоматологов, изучающих оперативную стоматологию и челюстно-лицевую хирургию». Не менее справедливо и утверждение Н. М. Михельсона, что «углубленному развитию пластической хирургии лица в Советском Союзе способствовало развитие стоматологии» [4,5].

К концу первой мировой войны и в период борьбы советского народа с интервентами имелось уже ядро квалифицированных челюстных ортопедов и хирургов, обеспечивающих рациональную помощь раненым в наиболее крупных городах молодого - Советского государства. После прекращения военных действий некоторые челюстные госпитали (в Москве, Ленинграде, Киеве, Одессе и других городах) стали местами долечивания раненых и центрами воспитания новых кадров хирургов-стоматологов и ортопедов. Сопоставляя прошлое и настоящее отечественной стоматологии, с полным правом можно сделать вывод, что челюстные лазареты и госпитали, возникшие в период первой мировой войны и интервенции, сыграли основную роль в формировании челюстно-лицевой хирургии как раздела хирургической стоматологии. С этого времени сотни зубных врачей начали получать высшее медицинское образование. Многие из них впоследствии занялись преподавательской деятельностью и составили ведущее научное ядро советской стоматологии [3,5].

Крупную роль в создании стоматологических клиник и в развертывании научной работы в области стоматологии сыграли научно-исследовательские институты стоматологии: Государственный институт стоматологии и одонтологии и челюстное отделение Центрального института травматологии и Ортопедии в Москве, Стоматологический научно-практический институт и челюстное отделение Ленинградского травматологического института.

Развитие советской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии связано с двумя основными школами - московской и ленинградской. С полным основанием можно считать, что московская школа возглавлялась профессором Александром Эдуардовичем Рауэром, во главе ленинградской - стоит профессор Александр Александрович Лимберг. Многие хирурги-стоматологи того времени являются их учениками, другие - соратниками.

На I, II и III одонтологических съездах, происходивших в 1923, 1925 и 1928 гг., были заслушаны доклады М. М. Ванкевич, О. Е. и Е. Е. Бабицких об ортопедическом лечении отдельных переломов нижней челюсти, верхней челюсти и комбинированных переломов обеих челюстей. На III одонтологическом съезде (1928) был заслушан доклад А. И. Дардыка тоже о лечении переломов челюстей проволочными шинами. Доклады вы-

шли из руководимой А. А. Лимбергом клиники, в которой уже тогда с большой методичностью, глубоким знанием особенностей челюстно-лицевой травмы и большим размахом творческой инициативы разрабатывались вопросы лечения челюстно-лицевых ранений. Эти доклады прозвучали как новое слово в «сложном протезировании» (так тогда назывались челюстно-лицевая ортопедия и протезирование). Содержание этих докладов отразило те изменения и усовершенствования, которые были внесены в методику изготовления гнутых проволочных шин по Тигерштедту и описаны А. А. Лимбергом в 1927 г. в руководстве «Практическая травматология». Методы лечения, изложенные в докладах, способствовали внедрению простого метода иммобилизации отломков при переломах челюстей вместо сложных и трудоемких несъемных аппаратов, применявшихся в то время. Эти авторы также доказали на большом клиническом материале важность содружественной работы хирурга и ортопеда, ибо только параллельно оказываемая помощь этих двух специалистов может сочетать хирургическую обработку раны с сохранением специфики травмы в области зубочелюстной системы, а именно исправления нарушенного прикуса [2,3].

В истории хирургической стоматологии видная страница принадлежит отдельным общим советским хирургам, уделявшим внимание вопросам восстановительной челюстно-лицевой хирургии в то время, когда стоматологические клиники находились еще в стадии формирования: Н. Н. Петрову, Н. А. Богоразу, В. Н. Парину, З. И. Карташеву и ряду других. Следует отметить и работу Н. В. Алмазовой «Пластическое замещение дефектов лица. Мелопластика при лечении рубцовых сращений челюстей» (1925).

Окончательное становление хирургической стоматологии как самостоятельной медицинской специальности связано с организацией в 1935 г. 11 стоматологических институтов с выделением кафедр по основным разделам стоматологии, которые стали научными, лечебными и педагогическими центрами специальности. В возрастающем темпе до начала Великой Отечественной войны наблюдались развитие практической, научной и учебной основ хирургической стоматологии, усовершенствование подготовки специалистов. Этому способствовали организация отделений хирургической стоматологии в стоматологических амбулаториях и поликлиниках, открытие специализированных стоматологических стационаров [5].

Вскоре в связи с успешным развитием челюстно-лицевой хирургии, а главным образом вследствие роста ее оборонного значения были написаны разделы в учебниках и монографиях, а затем целые монографии и диссертации, посвященные полностью вопросам челюстно-лицевой хирургии [3].

Таким образом, опыт Первой мировой войны не только способствовал разработке новых методов лечения и реабилитации раненных в челюстно-лицевую область, но и создал предпосылки для выделения хирургической стоматологии в самостоятельную клиническую дисциплину.

Литература:

1. Травмы челюстно-лицевой области [Текст] /Под ред. Н.М. Александрова, П.З. Аржанцева. – Л.: Медицина, 1986.
2. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии [Текст] /Под ред. Б.Д. Кабакова. – Л.: Изд. ВМА им. С.М. Кирова, 1976.
3. Мирский, М.Б. История медицины и хирургии [Текст]: учебник для вузов / М.Б. Мирский. – М.: ГЕОТАР. 2010.
4. Самедов, Т.И. Военная челюстно-лицевая хирургия [Текст] / Т.И. Самедов, А.А. Несмеянов, Ю.В. Иванов. – Санкт-Петербург, 2002.
5. Сорокина, Т.С. История медицины [Текст] / Т.С. Сорокина. - 3-е изд. перераб. и доп. - М.: ПАИМС, 2004.

Холамов А. И., Ишутин О. С.

ВКЛАД ВОЕННЫХ МЕДИКОВ В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ БЕЛАРУСИ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Беларусь*

Военная медицина как специфическая, целенаправленная практическая деятельность по обеспечению и поддержанию здоровья солдат и офицеров русской армии со времени своего возникновения в эпоху преобразовательной деятельности Петра I накопила значительный практический, врачебный и научный опыт. Вначале изучались организационные вопросы оказания медицинской помощи больным и раненым воинам, участвующим в различных военных акциях и кампаниях русской армии. Историю военной медицины российские исследователи начали изучать с XVIII столетия. Стоит перечислить такие имена военных медиков разных эпох, как, придворный врач Петра I Николай Бидлоо, Вильгельм Михайлович Рихтер, великий русский хирург Николай Иванович Пирогов, великий русский терапевт Сергей Петрович Боткин, генерал-полковник медицинской службы Ефим Иванович Смирнов и др.

Первым из выдающихся деятелей медицины, трудившихся на территории нынешней Беларуси, несомненно, следует считать первого белорусского доктора медицины, первопечатника – Франциска Скорину. Значительную роль в развитие белорусской медицинской науки и практики внес французский хирург и анатом – Жан Эммануэль Жилибер. Благодаря ему в 1775 г. в г. Гродно была основана первая медицинская школа (Академия). Для обеспечения учебного процесса при академии были созданы

музей естественной истории и первая научная медицинская библиотека в Беларуси. Были созданы акушерская и ветеринарная школы, клинический госпиталь и анатомический театр.

К представителям военной медицины начала XX века – периода становления медицинской (санитарной) службы Беларуси – стоит отнести таких уроженцев Беларуси, как Семена Семеновича Зимницкого, Михаила Ивановича Барсукова – народного комиссара здравоохранения БССР и др.

Во время участия в Великой Отечественной войне покрыли себя неувядаемой славой видные деятели отечественной военной медицины, уроженцы Беларуси – Главный терапевт Красной Армии, главный терапевт МО СССР – Мирон Семенович Вовси; генерал-майоры медицинской службы Поликарп Дмитриевич Матюк, Лазарь Моисеевич Мойжес и др. Нельзя не отметить мужество и героизм медиков-партизан – уроженцев Беларуси – кавалеров «Звезды Героя Советского Союза» хирурга и гинеколога, профессора МГМИ Клумова Евгения Владимировича; медицинскую сестру партизанского отряда «Буря» Троян Надежду Викторовну; старшину медицинской службы, фронтовую санитарку Туснолову-Марченко Зинаиду Михайловну; профессора Киевского мединститута, доктора медицинских наук, врача 4-го партизанского батальона Буйко Петра Михайловича[2].

Военно-медицинский факультет Белорусского государственного медицинского университета был основан в 1995 году. В настоящее время на факультете работают 40 преподавателей: 5 докторов медицинских наук, 18 кандидатов медицинских наук, 4 профессора, 10 доцентов. Три сотрудника удостоены почетного звания Заслуженный врач Республики Беларусь. Сотрудниками факультета защищены 24 диссертационные работы, в том числе 10 докторских.

С 2006 года на факультете издается рецензируемый журнал для военных врачей «Военная медицина», который включен ВАК Республики Беларусь в Перечень научных изданий РБ для опубликования результатов диссертационных исследований по медицинской отрасли науки. В 2007 г. открыта адъюнктура по специальностям «Хирургия» и «Внутренние болезни».

Научная работа факультета осуществляется в соответствии с планом научно-исследовательской работы, планом подготовки кадров высшей квалификации и планом редакционно-издательской деятельности. Приоритетными направлениями в научных исследованиях, а, следовательно, и диссертационных работ, являются вопросы организации медицинского обеспечения войск, этиологии, патогенеза, профилактики, клиники и лечения боевой хирургической и терапевтической патологии, а также заболеваний военнослужащих в мирное время.

Направления научно-исследовательской работы кафедры военной эпидемиологии и военной гигиены:

Проведение исследований по изучению фактического питания и его влияния на состояние здоровья военнослужащих;

Совершенствование системы мероприятий по противоэпидемической защите войск в мирное и военное время с разработкой проектов разделов новых официальных документов;

Изучение и обобщение опыта противоэпидемической защиты войск в локальных конфликтах;

Изучение эпидемиологии и совершенствование системы эпидемиологического надзора, проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в отношении актуальных для войск инфекционных заболеваний;

Участие в экспертной деятельности в интересах Министерства обороны.

Направления научно-исследовательской работы кафедры военно-полевой терапии:

Заболевания внутренних органов при травмах;

Патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта у военнослужащих;

Изменения системы гемостаза у больных соматической патологией;

Нарушения метаболизма железа у молодых мужчин.

Направления научно-исследовательской работы кафедры военно-полевой хирургии:

Совершенствование методов диагностики, лечения и профилактики острой хирургической патологии органов брюшной полости;

Разработать новые методы диагностики, комплексного лечения и профилактики послеоперационных вентральных грыж;

Разработать и внедрить новые инновационные методы диагностики и комплексного лечения пациентов с острой и хронической хирургической патологией;

Оптимизация оказания помощи при боевой хирургической травме.

Направления научно-исследовательской работы кафедры организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины:

Совершенствование организации медицинского обеспечения Вооруженных Сил во взаимодействии с Министерством здравоохранения в стратегической оборонительной операции;

Методика определения санитарных потерь личного состава при ведении боевых действий;

Комплексная типовая программа военной подготовки офицеров медицинской службы запаса в медицинских высших учебных заведениях Республики Беларусь;

Обоснование и разработка задач, алгоритмов их решения, обмена и управления информацией в автоматизированной системе медицинского обеспечения Вооруженных Сил Республики Беларусь в военное время.

Курсанты военно-медицинского факультета со студенческой скамьи делают смелые, решительные шаги по пути в большую науку: при каждой кафедре существуют военные научные общества курсантов, где они занимаются по разным направлениям, разрабатываемыми кафедрами. Здесь они вырабатывают навыки работы с научной литературой, современной лечебной и диагностической аппаратурой, проведения научных опытов. Более 30 курсантов и слушателей являются лауреатами Республиканского конкурса научных работ студентов.

Литература:

1. Дорошевич, В. И. Военная гигиена: учеб. пособие/ В. И. Дорошевич, Д. И. Широ, И. А. Белоногов. – Минск: БГМУ, 2010. – 308 с.
2. Ишутин, О. С. О значении истории военной медицины как предмета преподавания в формировании личности офицера медицинской службы / О. С. Ишутин // Военная медицина. – 2014. – №2. – С. 6-8.

Челпанов В.К., Клеткина О.С.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ВЕКОВОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ (1850–1950-Е ГОДЫ)

*ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия»,
ФГБОУ ВПО «Амурский государственный университет», Благовещенск,
Россия*

История амурской медицины неразрывно связана с общей историей России. Она рассматривает развитие знаний, связанных с заболеваниями, лечением человека, сохранением и укреплении его здоровья. Предметом её было изучение человека, его личности и влияния общества на личность, насущной задачей – сохранение человеческой жизни.

На протяжении многих лет, несмотря на все трудности, здравоохранение Амурской области не стояло на месте. Анализируя процесс его развития можно выделить важные исторические этапы.

Этап: 1858–1900 годы. Формирование первых медицинских благотворительных организаций.

В Амурской области оказание медицинской помощи населению начало осуществляться с 1858 г., со дня основания города Благовещенска. В это время ни аптек, ни больниц для гражданского населения не существовало. Единственным местом оказания медицинской помощи был лазарет Амурской конной казачьей бригады на 72 койки, который проводил терапевтическую, хирургическую, гинекологическую и другие виды специализированной медицинской помощи не только служащим военного ведомства, но и гражданскому населению [1]. Помощь женщинам осуществлялась только при родах повивальными бабками, в связи с чем отсутствие квалифицированной помощи являлось угрозой для здоровья

женщин и детей. В 1871 г. был открыт Благовещенский отдел Российского общества Красного Креста, в 1874 при лазарете военные медики создали школу, где обучались фельдшера [2].

К 1875 г. в Амурской области проживало более 25 тысяч человек. Гражданское население обслуживал один областной врач из военных медиков, который выполнял обязанности по судебной, полицейской и медицинской части. Кроме него было два лекарских помощника и одна повивальная бабка. Ситуация с медицинским обслуживанием (1880) заставила исполнявшего обязанности военного губернатора полковника Чеснокова признать «сообразным строительство городской больницы»[4].

В 1882 году лечебно-благотворительное общество открыло в Благовещенске первую гражданскую больницу на 8 коек «для бедных», так как для лечения в лазарете нужны были деньги, не говоря уже о частных приёмах врачей [1].

В 1885 г. в Амурской области врачебный персонал гражданского ведомства состоял из 4-х медицинских врачей (областной и городской в Благовещенске и 2 врача на золотых промыслах, с правами государственной службы), 2-х повивальных бабок (в Благовещенске и на Верхне-Амурских частных золотых промыслах) и фельдшеров (19 медицинских и 3 ветеринарных). Существовала одна больница, устроенная для бедных и поддерживаемая добровольными пожертвованиями сочувствующих граждан; в ней содержалось 16 кроватей. Преобладающими болезнями были сифилис и хроническое воспаление лёгких. В этом же году была учреждена ещё больница при местной духовной семинарии для её воспитанников[3]. В 1886 г. было основано Лечебно-профилактическое общество, которое за отсутствием в области других учреждений этого рода, а также богоугодных заведений, содержащихся на средства города, оказывали неоценимую помощь бедному населению. Оно содержало на свои средства больницу на 16 кроватей для бедных, два амбулаторных покоя, дом призрения для престарелых и увечных, а также приют для детей-сирот [4].

В 1893 г. в полуверсте от города на Верхне-Игнатьевской дороге (современная территория 1-й городской больницы) был построен холерный барак [6]. 5 июля 1895 г. была открыта община сестёр милосердия, которая обязана своим возникновением супруге военного губернатора Амурской области Надежде Фердинандовне Арсеньевой.

До начала XX века в Благовещенске медицинская помощь оказывалась только благотворительными организациями, во главе которых стояли военные, их жёны и другие сочувствующие граждане. Городская больница для гражданского населения была открыта в Благовещенске в 1896 г. Содержалась она на средства города, но, по сути, с самого первого дня работы была лечебным учреждением областного масштаба [5].

Таким образом, к началу XX века медицинскую службу в Благовещенске составили следующие учреждения: военный лазарет, больница-лечебница благотворительного общества, городская больница при переселенческих бараках, 4 амбулатории и несколько приёмных покоев. В городе работала одна повивальная бабка Ванда Станиславовна Семирадская.

II этап: 1900–1940 гг. Строительство и открытие медицинских учреждений гражданского ведомства.

На средства подушного сбора в начале XX века началось строительство городской больницы, закладка которой в городе состоялась 4 июня 1901 года.

Под попечительством жены губернатора Зинаиды Медарховны Путятя в 1903 г. в городе был открыт приёмный покой для рожениц на 5 коек, из которых одна была платной. Располагался приёмный покой для рожениц по улице Офицерской, 19 (ныне Мухина) между Амурской и Зейской [4].

В 1909 г. в Благовещенске функционировали следующие гражданские больницы и приёмные покои: городская больница (150 кроватей), лечебница общины сестёр милосердия Красного Креста (24 кровати), приёмный покой управления водных путей Амурского бассейна (5 кроватей), больница переселенческого управления (60 кроватей), городской приёмный покой для рожениц (10 кроватей), приёмный покой епархиального женского училища (4 кровати), приёмный покой духовной семинарии (18 кроватей) и приёмный покой в Благовещенском тюремном замке (18 кроватей). Кроме того, в течение 1909 г. гражданские больные принимались для лечения в благовещенском местном лазарете. В городе в это время насчитывалось 5 аптек.

В день Международного праздника работников Амурский губернский отдел здравоохранения 8.03.1924 года открыл по улице Ремесленная, 60 детскую консультацию для детей в возрасте до 2-х лет, в которой приём был бесплатным [3].

В 1930 г. в Благовещенске учреждена первая на Дальнем Востоке станция переливания крови [2].

III этап: Амурская медицина в годы войны (1941–1945).

В годы Великой Отечественной войны развитие медицины в Амурской области, как и во всей России, было приостановлено; все силы народа направлены на обеспечение защиты своей родины от фашистских захватчиков.

Существенно изменились задачи здравоохранения: главными из них стали медицинская помощь раненым, широкие противоэпидемические мероприятия, охрана здоровья детей, медицинское обслуживание труженников тыла. Была создана система лечения раненых и больных воинов, организована широкая сеть эвакуационных госпиталей [3].

12 октября 1941 г. в Амурской области был создан Комитет помощи по обслуживанию раненых и больных бойцов и командиров Красной Армии. Началось формирование специализированной сети противозидемических учреждений. 9 сентября 1943 г. Благовещенским горисполкомом было принято решение: в целях лучшего обслуживания больных туберкулёзом детей лечебной помощью, питанием и уходом, выделить детское туберкулёзное отделение в самостоятельную детскую туберкулёзную больницу [3].

В годы войны не прекращалась научная и практическая деятельность Благовещенского военного госпиталя. Её работниками выполнен ряд научных работ, которые частью были отпечатаны в медицинских журналах, а частью докладывались на фронтовых и армейских госпитальных конференциях

IV этап: Послевоенное время.

Послевоенные годы оказались трудными для Амурского здравоохранения. Оснащение лечебных учреждений за годы войны ухудшилось до крайности, больницы и поликлиники размещались во временных, не приспособленных помещениях. Предстояло обеспечить проведение мероприятий, призванных снизить заболеваемость, повысить качество диагностической и лечебной помощи. Была проведена реформа управления здравоохранением в сельской местности. Районные отделы здравоохранения были упразднены, все административные и хозяйственные функции по отношению к учреждениям здравоохранения района были переданы районной больнице, главный врач которой становился главным врачом района. Центральные районные больницы стали организационно-методическими центрами квалифицированной медицинской помощи. Проведено объединение амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами (1947–1949), что способствовало укреплению материально-технической базы и преемственности медицинской помощи. По решению исполкома городского Совета Депутатов трудящихся, во исполнение приказа министра здравоохранения № 870, в городе была открыта вторая городская больница на 100 коек, за счёт общих ассигнований городского местного бюджета здравоохранения города [3].

1950-е гг. ознаменовались сближением уровней организации сельского здравоохранения и здравоохранения в городах. Приоритетным направлением в здравоохранении страны стала охрана материнства и детства. В целях приближения медицинской помощи к сельским жителям были созданы смотровые кабинеты в поликлиниках, в районных и городских больницах, выездные женские консультации и т.п. В эти годы в области начала создаваться неврологическая служба, организованы сосудистые кабинеты, создан «Центр рассеянного склероза», Амурская областная больница.

По распоряжению Совета Министров СССР 01.08.1952 г. в Благовещенск был организован медицинский институт Минздрава РСФСР с ежегодным контингентом приёма 200 человек. В Благовещенске работало 617 средних медицинских работников. Учреждения здравоохранения пополнились оснащением. Повысилась активная медицинская помощь. Снизилась послеоперационная и детская летальность»[5].

В 1958 г. для медицинского обслуживания трудящихся города имелось 1210 больничных коек, в том числе подведомственных горисполкому – 700, 23 врачебных и фельдшерско-акушерских медпунктов. Только в городских лечебных и детских учреждениях работает 106 врачей и 493 средних медработника.

Согласно справке учёта Амурского облисполкома о награждённых орденами и медалями Союза СССР по Амурской области по состоянию на 5 мая 1958 г. были награждены медицинские работники Амурской области и медицинские работники Амурской железной дороги орденами: Ленина – 16, Трудового Красного Знамени – 10, Знак Почёта – 29; медалями: За трудовую доблесть – 65, За трудовое отличие – 125[5].

Литература:

1. Платонов А. В. История становления дерматовенерологической службы Амурской области / А. В. Платонов // Здравоохранение Амурской области: К 150-летию Амурской области. – Благовещенск, 2008. – С. 84–85.
2. Исаков А.В. Развитие здравоохранения в Амурской области. / А. В. Исаков. – Благовещенск: Хабаровское книжное изд-во, 1967. – С. 24.
3. ЦГА РСФСР ДВ, ф.704, 755, оп. 1, 2, 3, 12, д. 19, 130, 579, 3316, л. 3–4, 6, 57, 64–65, 80. Подлинник рукописный). Благовещенску сто лет (1858–1958: сборник документов и материалов) / Под ред. д-ра исторических наук В.П. Малышев; составители: Л.Г. Штилерман, В.А. Шарапов, Л.И. Гаврилова, Э.В. Казанская. – Благовещенск: Типография «Амурская правда», 1959. – С. 36, 144–145, 149–151, 308–310, 312, 319, 512
4. Служба охраны здоровья матери и ребёнка в г. Благовещенске (1958–2003 гг.). – Благовещенск, 2004. – С.7–8
5. Войт, Л. Н. Становление и развитие здоровья населения Амурской области в XIX – начале XX века / Л. Н. Войт // Здравоохранение Амурской области. К 150-летию Амурской области. – Благовещенск, 2008. – С. 3–8.

Чечков О.В.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ИСТОЧНИКИ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ ТЮРЬМЫ Г. ГРОДНО

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

Все дальше в прошлое уходят года, а с ними целые эпохи. За возникающими проблемами дней сегодняшних становятся не актуальными и

быстро забываются трудности прошлых лет. И если раньше, в исторический период нового времени, информация, касающаяся мест лишения свободы, носила закрытый, узковедомственный характер, то в эпоху новейшего времени эти сведения все шире публикуются и дают богатейший материал для изучения и анализа. По нашему глубокому убеждению, ретроспективный взгляд на историю становления и развития Гродненской тюрьмы, длительность существования и уникальность тюрьмы как таковой, позволяют подмечать и отслеживать общие закономерности и тенденции развития тюремной медицины как структурного подразделения пенитенциарной медицины.

В прессе и на телевиденье исторические аспекты создания и функционирования тюрьмы города Гродно периодически находили отражение в виде единичных публикаций и обзоров отдельных авторов-энтузиастов. И только в последние годы, благодаря последовательной и целенаправленной работе начальника управления Департамента исполнения наказаний по Гродненской области В.А.Толочка (начальника тюрьмы города Гродно 2002-2010гг.) инициатива популяризации и увековеченья истории становления и развития тюрьмы Гродно нашла выражение в виде крупных проектов. Например, возрождение исторического облика тюремной стены 18 - 19вв с элементами «крестов»; в 2003 г. издание монографии работника тюрьмы В. Лисицына «За тюремной стеной», сразу ставшей библиографической редкостью. Создание и введение нагрудного юбилейного знака сотрудника тюрьмы «За службу по исполнению закона» в 2010г. Разработка и издание памятных выпелов к юбилейным датам в истории тюрьмы. И, как результат этих усилий – посещение учреждения в апреле 2014 года Министром МВД и принятие решения о создании ведомственного музея истории в тюрьме №1.

Гродненская тюрьма – старейшее исправительное учреждение не только в Беларуси, но и на всем постсоветском пространстве. С учетом архивных документов наиболее раннее упоминание о содержании арестантов в г. Гродно можно датировать эпохой средневековья. Речь идет о замке над Неманом, основанном еще Миндовгом., где в маленьком помещении в торце здания содержались первые арестанты. В начале 17 века орден иезуитов, выкупив у Стефана Батория, короля Польши, земли возле рынка в центре города построил здесь целый комплекс зданий: монастырь, коллегиум, аптеку, библиотеку, бурсу и прочие хозяйские постройки. После третьего раздела Речи Посполитой в 1875 году в одном из зданий коллегиума разместили тюрьму. В эпоху Нового времени, согласно смете Министерства внутренних дел от ноября 1818г. начато и к 1820г. практически завершено строительство нового тюремного замка на базе зданий по-иезуитского коллегиума. Условия содержания и колорит того времени можно воссоздать изучив рапорта и другие документы, имеющиеся в фондах и планируемые к экспозиции в создаваемом музее. Наряду с

редкими историческими источниками, отражающими жизнедеятельность тюрьмы в целом, отдельным тематическим разделом в экспозиции музея явится раздел посвященный истории создания и развития медицинской службы в тюрьме г. Гродно. Имеющиеся архивные материалы планируется распределить в соответствии с периодизацией исторической науки. Так, больница для дворян и лиц простого сословия была создана в гродненском тюремном замке с момента его функционирования, в чем нас убеждают имеющиеся исторические планы гродненской тюрьмы. Архивные документы позволяют установить дату появления медицинских работников в штате гродненской тюрьмы. Это вторая половина 19в. Вниманию будет предложен далеко конечно неполный список лиц врачебного и среднего медицинского персонала, работавших в медчасти гродненской тюрьмы в различные временные периоды.

Другие уникальные исторические источники, представляющие интерес относятся к эпохе нового времени и характеризуют так называемый «польский период» в тюрьме. Это: акушерское кресло 1911г., сохранившееся практически идеально и до настоящего времени находившееся в работе. Еще более уникальным является набор врача - офтальмолога в деревянном футляре красного дерева с маркировкой К. Цейс, полностью пригодный к использованию и планируемый к экспозиции. Имеющиеся архивные документы, планируемые к экспозиции, свидетельствуют, что инструментарий и посуда для медицинских целей собирался в Гродненскую тюрьму со всех учреждений края. Одним из ярких экспонатов является набор аптекарской посуды, найденный при ремонтных работах на глубине 1,5м. недалеко от здания медицинской части. Новейшее время представлено достаточно большим количеством фотодокументов, отражающих яркие мгновения и будни служебной деятельности медицинских работников данного учреждения. Несомненный интерес вызовут исторические источники периода 1947-2013г. в виде личных вещей сотрудников медчасти. Например, ртутный манометр для измерения давления в оригинальном деревянном футляре, сделанном и украшенном руками осужденных, металлический пенал для хранения шприцев многократного использования и игл к ним в спиртовом растворе; другие предметы и приборы со спецификой и тюремным колоритом. Определенный интерес представляют исторические источники в виде документов (журналов, ведомостей, списков) статистического характера, отражающих картину заболеваемости, смертности, рождаемости в условиях тюрьмы на различных отрезках времени.

Таким образом, впервые в новейшей истории на базе гродненской тюрьмы, одного из старейших пенитенциарных учреждений, создается тематическая выставка исторических источников, определяющих организацию и развитие медицинской части тюрьмы.

Чурилов Л.П., Строев Ю.И.

**РОЛЬ ПЕТЕРБУРГСКИХ МЕДИКОВ В УЧЕНИИ
ОБ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ (К 130-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
АКАДЕМИКА С.С. ХАЛАТОВА)**

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия*

Атеросклероз был идентифицирован немецким патологом Феликсом Якобом Маршаном (1846–1928) как форма ранее описанного Й. Ф. Лобштейном артериосклероза, которая связана с «липоидными» отложениями в крупных и средних артериях эластического и мышечно-эластического типа. Однако было не ясно, какие именно «липоиды» депонируются при этом в сосудах. В 1906 г. Дж. Дж. Адами и Л. фон Ашоффом было установлено, что это – двоякопреломляющие липиды, которые содержат много холестерина. В 1908 г. А.И. Игнатовский совместно с Л.Т. Мооро выступили с новаторской идеей о том, что причиной атеросклероза может служить перегрузка какими-либо компонентами животной пищи. Так, путем кормления морских свинок яичными желтками они получили у них поражения аорты, напоминающие по морфологии атеросклероз. Эти данные были подтверждены Л.М. Старокадомским (1909). Первоначально предполагали роль перегрузки белком, но патофизиологи Н.В. Стуккей и Н.В. Веселкин (1910, 1912) указали на решающее значение каких-то липидов, отличных от нейтрального жира. В 1910 г. немецкий биохимик А. Виндаус доказал, что атероматозные бляшки содержат, главным образом, холестерин и его эфиры.

Решающее слово в этих дискуссиях принадлежит уроженцу Москвы Семену Сергеевичу Халатову (1884–1951). В 1908 г. он окончил естественный факультет Императорского Петербургского университета, а в 1912 г. – Императорскую Военно-медицинскую академию (ИВМА), отметив ее окончание эпохальным открытием: 21 сентября 1912 г. в Санкт-Петербурге на заседании Общества русских врачей он доложил о получении первой в мире экспериментальной холестериновой модели атеросклероза у кроликов путём продолжительного их кормления кристаллическим холестерином. Холестерин вводился с пищей по 0,5 г/кг массы тела в день. За 1–3 мес. у кроликов возникала выраженная гиперхолестеринемия, а через 4–6 мес. в их аорте появлялись явные липидные и фиброзные бляшки.

К моменту создания С.С. Халатовым этой экспериментальной модели другой патолог – коренной петербуржец 27-летний Николай Николаевич Аничков (1885–1964) – был уже адъюнктом ИВМА. В 1912–1914 гг. ему предстояла стажировка в Германию, в лабораторию выдающегося патолога Людвига фон Ашоффа (1866–1942), которая и определила его блистательную научную карьеру. Честь развития и патоморфологическо-

го обоснования модели С.С. Халатова, а также создания на ее основе инфльтрационной теории патогенеза атеросклероза принадлежит именно Н.Н. Аничкову. С самого начала стажировки Н.Н. Аничкова у Л. Ашоффа данные Н.Н. Аничкова и С.С. Халатова были опубликованы на немецком языке в ведущих журналах Европы (1913), что сделало их результаты общеизвестными и закрепило их приоритет. В дальнейшем Н.Н. Аничков поддерживал с мировым лидером патологов Л. фон Ашоффом личные и творческие связи до конца 30-х годов. Значение модели Халатова–Аничкова нельзя переоценить. Современные авторы ставят это открытие в ряду 10 важнейших достижений медицины XX в. Американский липидолог Д. Стайнберг писал о работах Н.Н. Аничкова (2004): «Если бы значение его данных было своевременно оценено, мы бы могли выиграть более 30 лет в длинной борьбе за то, чтобы найти истину в полемике вокруг холестерина, а сам он мог бы быть удостоен Нобелевской премии». Кстати, известно, что Н.Н. Аничков официально, но безуспешно выдвигался своим учителем Л. фон Ашоффом на соискание Нобелевской премии, правда, без упоминания роли С.С. Халатова, так как Л. фон Ашоффу, вероятно, были ближе патоморфологические, а не патофизиологические аспекты проблемы атеросклероза.

Вначале С.С. Халатов и Н.Н. Аничков характеризовали атеросклероз как экзогенный холестериноз. Инфльтрационный механизм, по оригинальной версии Н.Н. Аничкова, состоит в том, что плазменные липиды, содержащие холестерин, «просачиваются» по направлению от эндотелия к адвентиции. В норме они используются для энергетических целей или удаляются через лимфатическую систему. При их избытке (особенно холестерина) механизмы удаления не успевают за накоплением, в результате чего формируется липидоз – первая стадия атеросклероза. В дальнейшем решающую роль эти ученые стали придавать соотношению «липидов крови с лецитином и белками плазмы», подойдя вплотную к идее о роли свойств и количества липопротеидов в атерогенезе (1935). Именно Н.Н. Аничкову (1915) принадлежит заостренная формулировка – «без холестерина не может быть атеросклероза».

Однако в то время теория Халатова–Аничкова признавалась не всеми. Их модель атеросклероза оценили лишь с годами. На морских свинках, голубях, курах (А.Л. Кац и соавт., 1942), свиньях, хомяках, обезьянах (К. Тейлор и соавт., 1959) данные российских патологов подтвердились. Но большую роль в сомнениях коллег играла невозможность воспроизвести их эксперимент на других – не травоядных лабораторных животных – крысах и собаках. К тому же в их модели у подопытных кроликов достигались немыслимые концентрации холестерина в крови, во много раз превышавшие зарегистрированные когда-либо у человека. Именно под влиянием этих дискуссий взгляды С.С. Халатова и Н.Н. Аничкова на прототипическую модель атеросклероза в дальнейшем разошлись. Так,

Н.Н. Аничков придавал большое значение инфильтрации сосудов экзогенным холестерином пищи, а С.С. Халатов считал, что атеросклероз может возникать и в результате нарушения нейроэндокринных механизмов обмена эндогенного холестерина. Именно он модифицировал инфильтративную теорию атеросклероза в инфильтративно-комбинационную. Он поставил вопрос о связи атеросклероза с эндокринной регуляцией и функцией мозга, который считал «главным депо эндогенного холестерина». Именно эта связь позволила затем найти способы моделирования атеросклероза у хищных и всеядных животных.

Удивительным образом, но в 1918 г. японцы М. Мурата и С. Катаока в лаборатории Л. фон Ашоффа сблизили проблемы атеросклероза и открытого в один год с холестериновой моделью атеросклероза аутоиммунного тиреоидита (АИТ) японцем Хакару Хасимото (1881–1934). Они показали, что кастрация отягощает, а введение вытяжки щитовидной железы тормозит развитие экспериментального атеросклероза по модели Халатова – Аничкова.

Первая Мировая война, в которой Япония и Россия воевали против Германии, заставила молодых патологов приостановить научные связи с этой страной: Х. Хасимото, прервав стажировку, уехал из Германии в Англию, а Н.Н. Аничков стал врачом военно-санитарного поезда. Вполне вероятно, что исследования о связях болезней щитовидной железы и атеросклероза прогрессировали бы в эти годы более бурно. Но лишь после войны, в 1922 г., А. Эпстайн и Х. Ланде обнаружили, что снижение основного обмена при гипотирозе сопровождается выраженной гиперхолестеринемией. А позже американский патофизиолог Ш. Шапиро (1926) доказал, что тироектомия ускоряет развитие атеросклероза по Халатову – Аничкову. Через 33 г. А. Стайнер и Э. Кендалл добились атеросклероза по модели Аничкова – Халатова у собак, вызвав у них предварительно экспериментальный гипотироз.

Патофизиологи Ленинградского педиатрического медицинского института (ЛПМИ) – ученица С.С. Халатова Нина Тимофеевна Шутова (1906–1999) и её ученики (П.С. Хомуло и А. С. Фокин) – воспроизвели атеросклероз у травоядных и плотоядных животных даже без нагрузки холестерином: путём индукции хронического стресса («нервного напряжения и перенапряжения») в комбинации с гипотирозом или кастрацией. А ассистент кафедры госпитальной терапии ЛПМИ В.В. Тявокин воспроизвел в ВИЭМе атеросклероз у кроликов в условиях продолжительной абсолютной иммобилизации и тоже – без холестерина. Следовательно, и его модель атеросклероза по своему содержанию также была стрессогенной.

Кстати, Н.Т. Шутова в 1940 г. защитила кандидатскую диссертацию «Влияние частичной и полной децеребрации на холестериновый обмен», которую, по решению Учёного Совета 1 ММИ, засчитали как докторскую. Это был первый случай в СССР, когда доктором наук стала женщи-

на. А цитированная выше формулировка Н.Н. Аничкова (1915) – была впоследствии перефразирована выдающимся отечественным липидологом учеником Н.Н. Аничкова – академиком Анатолием Николаевичем Климовым (1920–2011) в формулировку: «без атерогенных липопротеидов нет атеросклероза» (1984). Свою лепту в клинко-патофизиологические аспекты учения об атеросклерозе внесли ученики коренного петербуржца академика Г.Ф. Ланга – А.Л. Мясников, А.А. Кедров, Б.В. Ильинский, И.Е. Ганелина и другие ученые-клиницисты (П.А. Сильницкий, Б.М. Липовецкий, С.К. Ключева, Ю.Р. Ковалев).

В настоящее время наблюдается высокая коморбидность атеросклероза (в рамках метаболического синдрома) и гипотироза (в исходе АИТ), что объясняется не только их распространенностью, но и общностью их патогенеза и клинических проявлений (Строев Ю.И., Чурилов Л.П., 2012). С понятием «метаболический синдром» связывают широкий круг метаболических и функциональных нарушений, которые могут наблюдаться также и при гипотирозе. Вряд ли С.С. Халатов, Н.Н. Аничков и Х. Хасимото, возможная встреча которых в Германии не состоялась из-за первой Мировой войны, могли предполагать в знаковом 1912 г., что через 100 лет их открытия найдут и дополнят друг друга в патогенезе «чумы XXI века» – метаболического синдрома.

Р.С. Один из соавторов этой работы (Ю.И. Строев), будучи студентом ЛПМИ (ректором института была Н.Т. Шутова, а деканом – П.С. Хомуло), слушал гостевую лекцию академика Н.Н. Аничкова; по окончании ЛПМИ преподавал в нем госпитальную терапию вместе с В.В. Тявокиным, затем работал под руководством А.А. Кедрова, общался с А.С. Фокиным, Б.В. Ильинским, И.Е. Ганелиной, С.К. Ключевой, П.А. Сильницким, Ю.Р. Ковалевым. Другой соавтор работы – тоже выпускник ЛПМИ Л.П. Чурилов – имел счастье трудиться под началом академика А.Н. Климова в роли стажера-лаборанта, а в дальнейшем – многие годы работать на кафедре патофизиологии ЛПМИ (ныне – СПбГПМУ) вместе с учениками Н.Т. Шутовой – А.С. Фокиным и Г.П. Ирошниковой, получив от них «путевку в патофизиологию».

Чухрай И.Г., Марченко Е.И.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ДИСЦИПЛИНАМ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Начало истории зубоветрования в России связано с эпохой Петра I. С 1707 г. в госпитальных школах, открытых при постоянных госпиталях, осуществлялась подготовка врачей широкого профиля, которые могли

оказать некоторые виды терапевтической, хирургической и зубо­врачеб­ной помощи. Звание «зубной врач» было введено царем Петром I в 1710 г.

В России существовал закон, изданный сенатом в 1721 г., согласно которому лицам, не имевшим медицинского образования, запрещалось заниматься лечением, удалением зубов и протезированием. Прежде, чем заниматься зубо­врачеб­ной практикой, следовало сдавать экзамены медицинской коллегии. В 1810 г. были изданы «Правила об экзаменах», согласно которым зубной лекарь имел возможность получить разрешение на самостоятельную практику, выдержав экзамен при Медико-хирургической академии или университете. В первом своде законов 1832 г. «зубо­враче­вателей» называли зубными врачами, а в законе 1838 г. – дантистами. Профессиональная подготовка дантистов осуществлялась в кабинетах частнопрактикующих врачей путем индивидуального обучения.

До 1881 г. в России не имелось специальных учебных заведений по подготовке зубных врачей. В 1879 г. на VI съезде русских естествоиспытателей и врачей профессор Н.В.Склифосовский предложил проект реформы зубо­враче­бного образования, в котором обозначил, что подготовку зубо­враче­бных кадров необходимо осуществлять на государственном уровне и обучать будущих специалистов на медицинских факультетах университетов. Однако царское правительство, не заинтересованное в увеличении ассигнований на нужды здравоохранения, разрешило открывать частные зубо­враче­бные школы.

В 1884 г. на заседании Санкт-Петербургского общества дантистов и врачей с докладом «О необходимости обязательного высшего образования зубных врачей в России» выступил профессор А.К.Лимберг. Он считал, что зубные врачи должны обладать знаниями широко образованного врача, а подготовка в зубо­враче­бной школе примитивна и культивирует в специалисте «страсть к наживе». В 1885 г. при Московском университете была учреждена приват-доцентура по зубным болезням. В 1892 г. была открыта приват-доцентура по одонтологии в Петербурге при Военно-медицинской академии. В этом же году была создана одонтологическая кафедра при Клиническом институте усовершенствования врачей в Петербурге. Тем не менее, подготовка дантистов путем индивидуального обучения у частных лиц продолжалась, и лишь постановлением Государственного совета от 7 мая 1900 г. она была запрещена.

В 1891 г. положением Государственного совета было узаконено две категории «зубо­враче­вателей»: зубные врачи и дантисты. В этом же году Министерство внутренних дел учредило «Нормальный устав» для зубо­враче­бных школ, предусматривавший введение общемедицинских дисциплин и более высокий общеобразовательный ценз поступающих.

В 1906-1907 гг. был разработан проект Министерства народного просвещения, по которому планировалось увеличение сроков обучения в

зубоврачебных школах с 2,5 до 3,5 лет. Однако при этом зубоврачебные школы все еще оставались в руках частных лиц. Данный проект оставался в силе до Великой Октябрьской социалистической революции.

В 1918 г. декрет Народного комиссариата здравоохранения и просвещения провозгласил неразрывную связь зубоврачебного образования с системой высшего медицинского образования. В 1919 г. была организована кафедра стоматологии в Донецком медицинском институте. В 1920 г. создана кафедра одонтологии полости рта и челюстной хирургии на медицинском факультете 1 Московского государственного университета. В последующие годы подобные кафедры открыты в Казани, Астрахани, Воронеже, Иркутске, Ленинграде, Минске.

Первые курсы повышения уровня медицинских знаний зубных врачей путем усовершенствования были открыты в 1919 году в Москве. Курсанты в течение 2 месяцев слушали лекции, выполняли практические занятия по всем разделам стоматологии.

В 1935 г. был издан приказ Наркомздрава «О мероприятиях по подготовке и открытию стоматологических институтов». В крупных городах России были созданы стоматологические институты с 4-летним сроком обучения специалистов на базе полной средней школы. Для зубных врачей определен 3-летний срок обучения специалистов на базе 7 классов общеобразовательной школы. Тем самым, была узаконена двухсистемная подготовка кадров стоматологического профиля.

К 1962 г. был унифицирован учебный план и созданы единые программы по теоретическим дисциплинам для студентов всех специальностей. Объем подготовки стоматологов по медико-биологическим дисциплинам практически не отличался от такового специалистов общемедицинского профиля и приближался к современному уровню.

Литература

1. Кац М.С. История советской стоматологии.-М.; Медгиз, 1963.- 117с.
2. Рудько В.Ф.,Троянский Г.Н. Развитие стоматологического образования в СССР. - Стоматология, 1977. - №5. – С.5-10.
3. Старобинский И.М. 40 лет высшего стоматологического образования в СССР.- Стоматология, 1958. - №1, С.3-6.
4. Троянский Г.Н. История развития советской ортопедической стоматологии.-М.; Медицина, 1975.- 140с.
5. Чикин С.Я., Исаков Ю.Ф., Чекнев Б.М. Здравоохранение и подготовка врачебных кадров в СССР.-М.; Медицина, 1980.- 269с.

Чухрай И.Г., Марченко Е.И.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИИ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

С древнейших времен человечество предпринимало попытки борьбы с болью во время хирургических манипуляций, однако вплоть до XIX века методы понижения болевой чувствительности были примитивными, малодейственными и даже опасными для жизни пациента.

В 1846 году зубной врач из Бостона Уильям Томас Грин Мортон (William T.G. Morton), впервые успешно применил при удалении зубов общее обезболивание. С этой целью он использовал пары диэтилового эфира. Открытие наркоза, который оказался эффективным методом хирургического обезболивания, вызвало широкий интерес хирургов во всем мире. Первую в Европе операцию (удаление зуба) 19 декабря 1846 г. под эфирным наркозом выполнил J. Robertson.

Kuhne усовершенствовал эфирный пульверизатор Ричардсона (Richardson), дополнив его вилкообразным стержнем для распыления эфира одновременно с обеих сторон альвеолярного отростка, и предложил использовать методику при удалении зубов. Однако такое «местное обезболивание», достигаемое в результате распыления эфира, было поверхностным и непродолжительным.

Значительное распространение в медицине получил хлороформ. Первый наркоз хлороформом был выполнен в Страсбурге в 1847 г. Седилло (Sedillo). В России хлороформ был впервые применен Н.И. Пироговым в том же 1847 г. Мощный наркотический эффект, быстрое наступление сна, простота применения выгодно отличали хлороформ от эфира. Хлороформный наркоз стал преимущественным видом обезболивания в России. Согласно данным П.И. Дьяконова (1896), на протяжении 50 лет хлороформ был применен в 83,7% всех наркозов.

Широкое распространение хлороформа довольно быстро начало выявлять отрицательные его качества, вплоть до поражения печени, остановки дыхания, сердечной деятельности и летальных исходов. В монографии О.Каппелера «Анестезирующие средства» (1881) приведена информация о 101 случае смерти при проведении наркоза хлороформом за период с 1865 по 1876 год.

В 1772 г. Джозеф Пристли (Joseph Priestley) открыл закись азота. В 1799 г. английский химик Хемфри Дэви (Humphry Davy), ученик Дж. Пристли отметил, что, когда он находился в камере с закисью азота, у него проходила зубная боль. Гарднеру Колтону (Gardner Colton) и Горацию Уэллсу (Horace Wells) принадлежит первенство в использовании закиси азота в качестве общего анестетика у человека. Г. Уэллс, американский

зубной врач, прослушав лекции химика Г. Колтона, предложил в целях обезболивания применять закись азота, испытал её, прежде всего, на себе, а затем на 15 больных при удалении зубов.

В 1867 г. впервые был предложен метод обезболивания путем замораживания, а в качестве анестетика рекомендован хлорэтил. По сравнению с эфиром, хлорэтил обеспечивал более быстрое и интенсивное охлаждение, однако глубина его по-прежнему оставалась невелика, удаление даже подвижного зуба часто сопровождалось значительной болью. Замораживанием с помощью хлорэтила пользовались для вскрытия поверхностных абсцессов и флегмон, а также для удаления зуба. Из всех замораживающих жидкостей только он сохранил свое значение как местно-обезболивающее средство в общей и стоматологической хирургии (Вайсблат С.Н., 1962).

В 1894 г. зубной врач Carlson в результате применения хлорэтила для обезболивания вмешательства во рту обнаружил, что пары хлорэтила вызывают состояние, сходное с наркозом. Это открытие дало основание предложить хлорэтил в качестве средства для наркоза. Аналогичные выводы на основании своих клинических наблюдений сделали и отечественные ученые - М. Каменская (1900), Г.А. Маслов (1904), С.Н. Вайсблат (1948).

Профессор В. К. Анреп первым разработал методы терминальной и инфильтрационной местной анестезии кокаином. С 1884 г. местное обезболивание кокаином стало применяться почти во всех отраслях медицины, в том числе и в зубоврачебной практике.

Опасности, связанные с применением кокаина, дали основание к изысканию новых препаратов для местной анестезии, менее токсичных, чем кокаин. Появились новые местноанестезирующие средства: тропакочкаин (Tropacocain, 1893), голокаин (Holocain, 1897), эйкаин (Eicain, 1898), а позже - стоваин (Stuvain, 1904), алипин (Alipin, 1905). Эти вещества большого распространения в хирургии и зубоврачебной практике не нашли вследствие меньшей силы и длительности обезболивающего действия.

Немецкие ученые Н. Braun и E. Mayer в 1901 г. предложили сочетание адреналина с местным анестетиком, сравнивая адреналин «с химическим турникетом», уменьшающим скорость всасывания кокаина и пролонгирующим анестезию. Н. Braun первым в клинических условиях применил сочетание адреналина с местным анестетиком, разработал технику проводниковой анестезии в хирургии и стоматологии, ввел в клиническую практику новокаин. В 1903 г. Н. Braun опубликовал в хирургическом журнале статью о применении адреналина для местной анестезии. Особое значение это имело для стоматологической практики, так как добавление адреналина к раствору кокаина обеспечило более медленное всасывание кокаина и несколько уменьшило его токсичность.

Первое в России сообщение о применении кокаина с адреналином в зубоврачебной хирургии принадлежит П.И. Таубкину (1903).

В конце 90-х годов XIX и начале XX столетия продолжаются поиски более безопасных заменителей кокаина. В 1898 г. химиком Альфредом Эйнгорном (Alfred Einhorn) был синтезированный нирванин (nirvanin) - местный анестетик амидного типа, однако он вызывал сильную боль во время введения, поэтому оказался невостребованным. В 1905 г. в Германии А. Эйнгорн открыл прокаин - анестетик эфирного типа, который получил торговое название «новокаин» (от латинского «novus» и «cocaine»). С 1906 г. препарат стал производиться фармацевтической фирмой "Хёхст" (Германия).

Открытие новокаина и предложение применять его в сочетании с адреналином обеспечило широкое использование местной анестезии при многих медицинских, хирургических и стоматологических вмешательствах. По сравнению с кокаином, новокаин был во много раз менее токсичен, не вызывал лекарственной зависимости. В странах Европы и в России новокаин быстро получил широкое распространение и уже в 1907–1908 гг. в значительной степени вытеснил кокаин и другие анестезирующие препараты.

Начавшаяся первая мировая война (1914–1918) значительно сократила возможности местного обезболивания. Одной из причин являлся дефицит новокаина, который ввозился в Россию из Германии. Попытка заменить дорогой немецкий новокаин более доступными анестетиками привела к использованию солянокислой соли хинина и мочевины. Во время войны это вещество оказалось почти единственным доступным анестезирующим препаратом. Обезболиванию мочекислкой солью хинина посвящено много работ военного времени (Гарнак Г.А., 1914; Власов Я.П., 1914; Иванов В.М., 1915; Потеев В.В., 1916 и др.).

Большое внимание развитию дентальной местной анестезии уделял немецкий исследователь Fischer. В начале XX века он выступал с лекциями в Москве, Петербурге и в городах США. Его основной труд «Die Lokale Anaesthetie in der Zahnheilkunde» с 1912 по 1955 г. переиздавался 7 раз на разных языках и остается классическим руководством для стоматологов всего мира.

В Советском Союзе всесторонне и углубленно разрабатывал рациональные методы местного обезболивания в стоматологии С.Н. Вайсблат. Наиболее известна монография «Проводниковая анестезия в хирургии зубов и полости рта» (1925), которая также неоднократно переиздавалась. Предложенные им методы местной проводниковой анестезии в челюстно-лицевой хирургии и пограничных областях широко известны не только в нашей стране, но и за рубежом.

Литература

1. Бунятян А.А. Пути развития советской анестезиологии // Анестезиол. и реаниматол. - 1982. № 6. – С. 3–4.
2. Дубов М.Д. Местное обезболивание в стоматологической практике. - Л.: Медицина, 1969. - 136 с.
3. Жоров И.С. Развитие хирургического обезболивания в России и СССР. - М.: Изд-во АМН СССР, 1951.- 173с.
4. Кузин М.И., Харнас С.Ш. Местное обезболивание. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1993. - 224 с.
5. Петрикас А.Ж. Обезболивание зубов. - Тверь, 1997. - 112 с.

Шаршакова Т.М., Петрова Н.П.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель,
Беларусь*

Что такое здоровый образ жизни и как стать здоровым? В настоящее время существует много ответов на этот вопрос. В источниках, сохранившихся от древних цивилизаций, есть еще один, согласно которому, здоровый образ жизни – понятие, затрагивающее абсолютно все сферы деятельности человека и определяющееся состоянием его сознания.

Понятие «Здоровый образ жизни» (ЗОЖ) появилось совсем недавно, в 70-е годы прошлого века. Для чего вдруг потребовался какой-то особый, здоровый образ жизни? Как свидетельствуют некоторые исследования последних лет, здоровье человека на 50 % определяется его образом жизни. Такие данные свидетельствуют в пользу того, что здоровый образ жизни человека является гарантией обретения и поддержания им здоровья.

Но если здоровый образ жизни так важен, то почему же ему уделяется так мало внимания? Почему в обществе сейчас, как никогда распространены вредные привычки и культура, отрицающие правильный подход к здоровью? Почему распространены явления, наносящий прямой вред психическому и физическому здоровью человечества? Очень многие люди своим образом и поведением не то что не способствуют поддержанию здоровья, а наоборот, разрушают его.

Причин много, но ключевой, скорее всего, является отсутствие понимания причинно-следственных взаимоотношений. В современном обществе существует вера в силу современной медицины и всевозможных методов лечения. Реальность состоит в том, что медицина может лишь помочь человеку, а основное зависит от его собственных усилий. Для сохранения и восстановления здоровья недостаточно пассивного ожидания, когда природа организма раньше или позже сделает свое дело. «Ни один

врач не может сделать для человека того, что человек может и должен сделать для себя сам. Никто лучше него не сможет постоянно поддерживать свой организм в хорошем состоянии. Но при одном условии – что он соблюдает вечные и неизблемые законы природы и действует так, как она нас учит», – писал выдающийся современный специалист в области здоровья профессор Михаэль Горен.

Издревле, еще до возникновения профессиональной медицины люди подмечали влияние на здоровье характера труда, привычек, обычаев, а также верований, мыслей, переживаний. Известные медики разных стран обращали внимание на особенности труда и быта своих пациентов, увязывая с этим возникновение недугов.

Более 2300 лет тому назад великий врач Гиппократ указывал: «Болезнь не сваливается человеку на голову, как гром с ясного неба. Она является результатом постоянных нарушений законов природы. Постепенно расширяясь и накапливаясь, эти нарушения внезапно прорываются в виде болезни, но эта внезапность только кажущаяся». Вот почему таким важным является понимание соблюдения норм здорового образа жизни, несмотря на то, здоров человек или болен в настоящий момент.

На протяжении всей истории существования человека его отношение к своему здоровью определялось в способности к сохранению жизни, к выполнению своего биологического и социального предназначения. Человеку нужно было выживать: добывать себе пищу, обеспечивать себя жильем и одеждой, отбиваться от врагов. В далеком прошлом, когда человек испытывал незащищенность перед силами природы, свое физическое состояние он связывал с мистическими представлениями. Так, в первобытнообщинном строе эти представления обожествлялись в виде амулетов, а сами мероприятия по охране здоровья носили характер религиозных обрядов. Однако в процессе эволюции человек наблюдал и делал выводы, отмечал причинно-следственные связи между здоровьем, образом жизни, факторами среды, целебными и оздоравливающими свойствами природы. Уже на этом этапе развития существовала прямая зависимость между состоянием здоровья человека и физической активностью, которую ему приходилось выполнять в процессе своей жизни, жизни семьи и общины.

В историческом аспекте представления о здоровье и здоровом образе жизни впервые начинают формироваться на Востоке.

При рабовладельческом строе происходит постепенная систематизация знаний по проблемам сохранения здоровья человека. Уже тогда усилия ученых были направлены на создание оздоровительных систем, таких, например, как китайская «Кон-фу» (около 2600 лет до н. э.), индийская «Аюрведа» (около 1800 лет до н.э.), «О здоровом образе жизни» Гиппократа (около 400 лет до н.э.). Стройная система оздоровления существовала в Древней Спарте, где занятия физическими упражнениями

предписывались и строго контролировались государством, являясь обязательными для всех граждан. Высокий уровень физического здоровья спартанцев до сих пор остается эталоном для всех последующих поколений.

Основной идеей перечисленных систем является не лечение болезней, а формирование, сохранение и укрепление здоровья, а также использование резервных возможностей организма для его восстановления.

В отличие от современных подходов к пониманию причинных связей заболеваний, врачи древности отдавали предпочтение в предупреждении заболеваний, сохранении здоровья и ведении здорового образа жизни не только внешним воздействиям.

Например, с точки зрения древних греков здоровый образ жизни — это отражение внутренней гармонии. Так, Сократ связывал достижение гармонии с нравственным и интеллектуальным самосовершенствованием человека. Следует отметить, что все же первостепенное значение в обретении здоровья древние греки уделяли не физической культуре, а душевному состоянию.

Душевное здоровье определяется тем, насколько человек доволен собой и насколько успешно справляется со своими ежедневными обязанностями. Душевно здоровый человек нравится самому себе таким, каков он есть и доволен своими достижениями. Душевно здоровый человек — хозяин своей жизни, а не жертва. Он способен брать на себя ответственность, винит за свои ошибки себя, а не окружающих, и старается их исправить. Душевно здоровый человек оптимистичен, верит в будущее и делает все для того, чтобы это будущее было светлым.

Иными словами, душевное здоровье определяется, прежде всего, положительным отношением к себе и окружающему миру.

Тот же Цицерон охарактеризовал здоровье как правильное соотношение различных душевных состояний.

Демокрит также большее внимание уделяет духовному здоровью. Он подробно описывал аспекты психического здоровья, при котором душа пребывает в спокойствии и равновесии, не волнуемая никакими страстями, страхами и другими переживаниями. Считалось, что у каждого человека должен быть определенный образ действий, включающий заботу о самом себе и совершенствование себя. Уделяя такое большое внимание в ведении здорового образа жизни состоянию духа, греки не могли не заметить предрасположенность определенных душевных качеств к возникновению некоторых типов болезней, особенностей их протекания, а, следовательно, и различиях в подходе к лечению.

В Древнем Китае, Индии, Тибете указывалось на существование неразрывной связи между духовным и физическим состоянием человека. Здоровый образ жизни здесь в первую очередь означал освобождение от чрезмерных эмоций и страстей для того, чтобы обрести состояние душев-

ного покоя, гармонии с окружающим миром. Так, в древней Индии за 6 веков до нашей эры в «Ведах» были сформированы основные принципы соблюдения здорового образа жизни. Один из них – достижение устойчивого равновесия психики. Главным условием достижения этого равновесия является полная внутренняя свобода, отсутствие жесткой зависимости человека от физических и психологических факторов окружающей среды. Такой подход основан на понимании, что болезни имеют глубокие причины, и их проявления являются отражением эмоциональных и душевных проблем. Если человек не хочет исправить себя, то такие глубокие проблемы не под силу решить и врачу, даже при использовании совершенных технических средств диагностики и лечения. К ним следует подходить с учетом индивидуального отношения к здоровью, что представляет понимание «здорового образа жизни» в новом свете.

В Восточной философии и медицине всегда телесное и психическое рассматривалось как единое целое. В Древнем Китае здоровье считали высшей ценностью человека, которая постоянно должна прирастать. Согласно древней китайской медицине, дисгармония организма имеет место при психической дисгармонии. Она рассматривала пять болезненных настроений: гнев и вспыльчивость, переживания, озабоченность и грусть, печаль и тоска, страх и озабоченность. Склонность к таким настроениям нарушает и парализует энергию как отдельных органов, так и всего организма в целом, сокращая жизнь человеку. Радость же придает гармоничную эластичность организму и продлевает жизнь.

Поэтому нужно стараться отслеживать все негативные эмоции. Это трудно, но необходимо. Здоровый образ жизни базируется на исключительно положительных эмоциях. Не стоит поддаваться грусти и скорби, нужно быть людьми веселыми и жизнерадостными – это очень важный шаг к здоровому образу жизни.

В тибетской медицине невежество считалось общей причиной всех болезней. Существовала уверенность, что невежество порождает больной образ жизни, вечную неудовлетворенность, приводит к тягостным, пессимистическим переживаниям, пагубным страстям, несправедливому гневу, неодобрительное отношение к людям. Умеренность во всем, природная естественность и преодоление невежества – основные составляющие здорового образа жизни, определяющие физическое и психическое благополучие человека.

Таким образом, на примере древних культур легко заметить, какое большое значение в формировании здорового образа жизни имеет осознание гармонии внутреннего мира человека.

В наш век произошли существенные изменения в сознании человека. Современный человек приобщился к новым бездуховным «ценностям»: материальные блага, успех, свобода личности и совести. Утратив духовность, человек начал дряхлеть, болеть и тосковать, а здоровый образ

жизни в понимании современного человека в основном стал ограничиваться соблюдением определенных норм питания или поддержанием хорошей физической формы. Непременнo, это важно. Но без внутреннего совершенствования невозможно достичь максимальной эффективности, а именно сохранить нравственное, психическое и физическое здоровье до глубокой старости позволит здоровый образ жизни, основанный на принципах нравственности.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что понятие здорового образа жизни является многогранным. Медицина и здравоохранение достигли уровня, при котором стала очевидной необходимость поиска иного пути оздоровления населения. Этот путь собственно и есть здоровый образ жизни, суть которого – достижение морально-нравственного и физического здоровья.

Литература

1. Состояние здравоохранения в мире // Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения: - Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008. - 152 с.
2. Михаэль, Горен. Путь к здоровью и долголетию / Горен Михаэль. - ПТО «СЕЛФ», 1992. - С. 336.
3. Зайцев, Т.К. Школьная валеология: Педагогические основы обеспечения здоровья учащихся и учителей / Т.К. Зайцев - СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2001. - 160 с.

Шевчук И.В., Липская Л.П.

АБОРТ: ИСТОРИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

Аборт (от лат. abortus – выкидыш) - это искусственное прерывание беременности, плодoизгнание, вытравливание плода. На протяжении истории человечества отношение общества к аборту менялось и складывалось под влиянием развития научных знаний, философских взглядов, позиций профессионального врачебного сообщества, законодательства, гражданских инициатив и, конечно, религиозных воззрений. Упоминание об аборте встречается в Древнем Китае более 4600 лет назад. Древние жители Австралии разрывали плодную оболочку, чтобы вызвать выкидыш, а женщины Восточной Африки вызывали аборт с помощью специальных деревянных палочек. Некоторые врачи древности допускали аборт только в тех случаях, когда роды грозили опасностью матери или ребенку. Во времена Римской империи использовали для прерывания беременности препараты спорыньи. Смертельные исходы при абортах были не редкостью. Отношение к аборту всегда было противоречивым. Женщина или

врач, проводивший аборт могли преследоваться по закону. В 200 году н.э. аборты наказывались изгнанием и каторжными работами в рудниках. В то же время, Платон не считал аборт непозволительным средством, а Аристотель просто-таки рекомендовал его для ограничения слишком большой рождаемости. Римское же право карало супругов за производство искусственного аборта, если же аборт делали незамужние женщины - на это не обращали никакого внимания. После зарождения христианства прерывание беременности стали отождествлять с убийством человека. В сводах германских законов «Каролина» (XVI в.) в случае аборта наказанием была смертная казнь. Церковь не одобряла аборты: за вытравление плода зельем или с помощью бабки-повитухи священник накладывал на женщину епитимью сроком от 5 до 15 лет.

Во второй половине XVII века специальным законом, принятым царем Алексеем Михайловичем Романовым, за искусственное прерывание беременности как мера наказания была установлена смертная казнь. В 1715 году Петр I своим указом смягчил это наказание, отменив смертную казнь. По положению о наказаниях 1845 года аборт приравнивался к умышленному детоубийству. Вина за это преступление возлагалась как на людей, осуществлявших изгнание плода, так и на самих женщин. Аборт карался каторжными работами от 4 до 10 лет для врача и ссылкой в Сибирь или пребыванием в исправительном учреждении от 4 до 6 лет для самой женщины.

Причем наличие у производящего аборт медицинского образования рассматривалось как отягчающее вину обстоятельство. Более поздний законопроект российского министерства юстиции грозил матери, виновной в умерщвлении плода, заключением в исправительном учреждении сроком до 3 лет. Такое же наказание было предусмотрено и в отношении всякого лица, виновного в умерщвлении плода беременной, причем, если этим лицом являлся врач или повивальная бабка, то суд был вправе лишить виновного практики сроком до 5 лет и опубликовать свой приговор. Наказанию подлежали также и третьи лица, даже если они с согласия беременной участвовали в деянии, а также пособники, доставлявшие необходимые средства для истребления плода. Если же умерщвление плода произошло без согласия беременной, то виновные наказывались каторгой до 8 лет. Неосторожный аборт наказанию не подлежал.

После революции ситуация изменилась. Свободная любовь начала восприниматься как условие раскрепощения женщины. В сочетании с отсутствием противозачаточных средств это вело к стремительному росту числа внебрачных детей. В 1920 г. аборты в Советской России были легализованы. Желающим предоставлялась возможность сделать операцию по искусственному прерыванию беременности в специальном медицинском учреждении бесплатно. Таким образом, Советская республика стала первой в мире страной, узаконившей прерывание беременности по жела-

нию женщины. В 1925 г. на 1000 жителей крупных городов приходилось, примерно, 6 случаев искусственного прерывания беременности. Преимуществами на аборт вне очереди пользовались фабрично-заводские работницы. Однако эра легальных абортов оказалась недолгой. Государство постепенно брало под контроль едва ли не все сферы жизни своих граждан, и в 1930-е годы очередь дошла до деторождения. В 1926 г. в России были полностью запрещены аборты впервые забеременевших женщин, а также делавших эту операцию менее полугода назад. С 1930 г. операция по искусственному прерыванию беременности стала платной. В 1931 году она стоила примерно 18-20 рублей, в 1933 - от 2 до 60, а в 1935 - от 25 до 300 рублей, в 1970-1980-х годах, получая в среднем 80-100 рублей, женщина за аборт платила 50. Бесплатно прерывали беременность больным туберкулезом, эпилепсией, шизофренией и страдающим врожденными пороками сердца. Рост числа абортов в довоенной России происходил параллельно со стремительным снижением рождаемости. Уже через 4-5 лет после легализации абортов уровень рождаемости начал активно снижаться. В 1936 г., в связи со сложной демографической ситуацией, операции по искусственному прерыванию беременности вновь были запрещены под страхом уголовной ответственности. Теперь аборт производили только по медицинским показаниям. Инициаторы запрета надеялись, что в результате удастся увеличить численность населения. При отсутствии противозачаточных средств эта мера на первых порах действительно способствовала повышению рождаемости. Однако практически сразу подпольные аборты стали важной сферой теневой экономики. Нормой стали криминальные аборты. В результате того, что подпольные аборты нередко проводились людьми, не имеющими медицинского образования, множество женщин становились бесплодными. К тому же в случае осложнений женщины не решались обратиться к врачу: последний был обязан донести на свою пациентку в компетентные органы. В конечном счете, запрет способствовал не увеличению, а сокращению рождаемости. Закон о запрете абортов действовал в СССР до 1955 г. С этого момента, аборты разрешались, при отсутствии медицинских противопоказаний. Указ разрешал проведение абортов в стенах специализированных медицинских учреждений. Аборт на дому по-прежнему оставался уголовно наказуемым. Врачу в этом случае грозило тюремное заключение до одного года, а в случае смерти пациентки - до восьми лет. В 1956 г. была принята Инструкция "О порядке проведения операции искусственного прерывания беременности (аборта)", детально регулировавшая этот вопрос, были внесены некоторые изменения, касающиеся выдачи больничных листов. Сохранение спроса на незаконные аборты объяснялось просто: после аборта женщина должна была некоторое время находиться в больнице, по выходе из которой она получала листок нетрудоспособности, где в графе "диагноз" стояло слово "аборт". Поскольку далеко не все женщины жаждали обнародовать по-

дробности своей личной жизни, многие предпочитали обращаться к частным лицам. Интересно, что юристы даже обсуждали предложение писать при аборте в листке нетрудоспособности "бытовая травма". Этот диагноз был выбран потому, что по советским законам операция аборта, как и бытовая травма, не предполагала выплат по социальному страхованию. Однако эта идея так и не была реализована.

В начале 1980-х срок искусственного прерывания беременности был увеличен с 12 до 24 недель. В 1987 г. искусственно прерывать беременность разрешили даже на сроках до 28 недель, если для этого имелись социальные показания. Социальными показаниями считались: инвалидность 1–2-й групп у мужа, смерть мужа во время беременности жены, расторжение брака, пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы, наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав, многодетность, беременность в результате изнасилования. В 1989 г. разрешили амбулаторное прерывание беременности на ее ранних сроках путем вакуум – аспирации (мини-аборт). В это же время начали производить медикаментозный аборт.

В 1996 г. предельный срок для искусственного прерывания беременности был сокращен до 22 недель (таковы и нормы ВОЗ), а перечень социальных показаний расширен. На данный момент искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям – при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности.

Таким образом, в настоящее время важно знать о медицинских, социальных, моральных и религиозных сторонах данного вопроса, и необходимо понимать, что запретами на аборт проблему не решить.

Шерстнева Е.В.

ПРОБЛЕМА РЕФОРМИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА В ТРУДАХ XI ПИРОГОВСКОГО СЪЕЗДА (1910)

*ФБГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН,
Москва, Россия*

В апреле 1910 г. в Петербурге состоялся XI Пироговский съезд. Одним из центральных вопросов этого съезда являлась реформа фармацевтического дела в России. Вопрос этот являлся программным, всего обсуждению участвовали представители земств, фармацевтических обществ, члены Государственной думы, столичная профессура. Проблема состояла в том, что прогрессивные для рубежа XVII-XVIII вв. законодательные порядки, касающиеся открытия и содержания аптек, несмотря на их некоторую трансформацию с течением времени, к началу XX в. превратились в

препятствие для развития фармацевтического дела. Монопольное аптечное законодательство устанавливало жесткие нормы открытия аптек в каждой местности, а также предусматривало необходимость согласия уже обосновавшихся там аптекарей. Эти нормы, периодически пересматриваемые, не успевали за требованиями времени, и из стимулятора роста аптечной сети закон превратился в его тормоз. На съезде были приведены статистические данные, согласно которым к 1906 г. из 59 тыс. российских поселений лишь около 3 тысяч имели аптеки. Лекарственной помощью население было обеспечено очень неравномерно и недостаточно. В европейской части России одна аптека приходилась в среднем на 34 тыс. человек, в азиатской – на 58 тысяч, средний показатель по всей империи составлял 37 тыс. жителей на одну аптеку. Из приведенных докладчиками данных следовало, что обеспечение лекарственной помощью населения в России существенно отставало от европейских стран. Если в Петербурге в 1906 г. одна аптека обслуживала в среднем 12 тысяч человек, то в Париже на одну аптеку приходилось 3 тысячи жителей, в Женеве – 2 тысячи. Монополия препятствовала открытию не только новых частных аптек, но и аптек земских и городских самоуправлений, благотворительных обществ.

Изначально одной из причин нормирования открытия аптек было стремление материально заинтересовать аптекарей (преимущественно иностранцев), обеспечив им более или менее стабильный доход путем снижения конкуренции. Однако со временем «само право на владение аптекой, как доходной статьей, стало переходить от одного владельца к другому за известную цену; цена эта в зависимости от места нахождения аптеки, колебалась в очень широких пределах». Таким образом, законодательная нормировка создала в аптечном деле, по выражению докладчиков, «неслыханную спекуляцию». В результате многие фармацевты, желавшие открыть свою аптеку, оказывались в кабале ростовщиков, для других, напротив, была создана возможность наживы путем купли-продажи аптечных привилегий. Так, например, петербургские аптеки, по словам И. Г. Левинштейна, представителя Общества фармацевтов-служащих Санкт-Петербурга, за последние 10-15 лет были перепроданы 4 раза. Из выданных в последнее время в Петербурге 24 привилегий большинство были проданы еще до открытия самих аптек за огромные суммы. Аптекарь, поставленный в условия, когда до трети оборота аптеки приходилось уплачивать заимодавцу, был вынужден идти на «злоупотребление доверием своих клиентов» и усиленную эксплуатацию служащих.

Необходимость отмены аптечной монополии диктовалась и тем, что к началу XX в. большинство лекарств производились уже не в аптеках, а на фабриках, заводах и в галеновых лабораториях, причем преимущественно не в России, а за границей. Роль частной аптеки свелась к простой перепродаже лекарств потребителю, при которой нередким явлением стала реализация фальсифицированных препаратов.

Несмотря на ряд разногласий, выступавшие были едины во мнении о необходимости реформы фармацевтического дела и наметили первоочередные меры выхода из кризиса. Прежде всего, предлагались отмена аптечной монополии с ее нормировкой, введение свободного открытия аптек (так называемой явочной системы), а также широкое предоставление прав содержания аптек земским и городским общественным самоуправлениям. Эти меры «послужили бы устранению побудительных мотивов к различным злоупотреблениям, в том числе в отношении доброкачественности аптечной продукции». Примером успешного развития т.н. явочной системы служили Франция, Швейцария, Англия и др. с их колоссальным развитием фармацевтического дела. При рационально поставленном контроле со стороны государства, указывали выступавшие, аптечное дело в этих странах развивалось успешно.

В отношении фармацевтического образования разногласий между выступавшими на съезде не было: «аптечное ученичество должно быть немедленно уничтожено и обучение фармацевтов приближено к полному среднему и высшему образованию». Работать в аптеках и на фармацевтических предприятиях должны только хорошо подготовленные фармацевты.

К надзору за аптеками должны быть привлечены как центральные, так и местные органы управления, а ревизии аптек и предприятий должны производиться часто и внезапно. Все средства, выпускаемые на рынок, в обязательном порядке должны быть испытаны в государственной лаборатории. Докладчики настаивали на государственном контроле цен на лекарства: «аптекарская такса должна быть установлена и регулироваться ежегодно».

Выступавшими было внесено предложение о создании особого совета из фармацевтов каждого округа, который следил бы за правильным исполнением его членами профессиональных обязанностей. Рационально поставленный контроль и привлечение фармацевтов к управлению, по мнению выступавших, должны гарантировать образцовую постановку дела.

Литература:

1. Бакин М.П. Аптечная привилегия с точки зрения русского законодательства. // Труды XI Пироговского съезда. Т.1. С-Пб. 1911., с.398-406.
2. Воскресенский А.П. Аптечный вопрос по решениям земских уездных санитарных советов // Труды XI Пироговского съезда. Т.1. С-Пб. 1911. с.373-392.
3. Доклад российского фармацевтического общества об аптечной реформе // Труды XI Пироговского съезда. Т.1. С-Пб. 1911. с.407-415.
4. Левинштейн И.Г.К вопросу о реформе фармацевтического дела в России. // Труды XI Пироговского съезда. Т.1. С-Пб. 1911., с.392-397.

Шмаков А.П., Питкевич А.Э., Зуев Н.Н., Кузьменко Т.В.

СУДЬБА РАНЕНЫХ НА ПОЛЯХ СРАЖЕНИЙ 1812 - 1815 гг.

*УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск,
Беларусь*

Воспоминания историков, очевидцев и писателей позволяют получить представления о событиях давно минувших дней.

1812 г., 16 июля, Витебск. «На улице не видно было ни души – повсюду ужасная, таинственная тишина, прерываемая только стонами раненых, которые в разных положениях валялись на мостовой» – так описывает оставленный русскими войсками Витебск генерал-майор И.Т. Раджицкий [1, стр.76].

Между тем, как признается вражеский офицер Лабам [1, стр.61]. «Все были изумлены превосходным порядком, с которым князь Барклай де Толли отступил от своих позиций. Ничего не брошено! Кроме раненых на пыльных улицах Витебска под палящим солнцем, без еды, без воды, без медицинской помощи. И без надежды... 1812г., 17-18 августа, Смоленск. «Сила атаки и стремительность преследования дали русским только время разрушить мост, но не позволили им эвакуировать раненых, и эти несчастные, покинутые на жестокую смерть, лежали здесь кучами... Задыхаясь от дыма и жары, потрясенные этой страшной картиной, мы поспешили выбраться из города. Казалось, я оставил за собой ад», вспоминает французский полковник Коломб [4, стр.104, 107].

Е.В. Тарле констатирует, что «очень плоха была медицинская часть, врачей было ничтожное количество, да и те были плохи. Организация помощи раненым решительно никуда не годилась» [4, стр.72]. «Большая часть раненых офицеров и солдат остается после первой перевязки без дальнейшей помощи» - констатирует главный медицинский инспектор русской армии Вилье уже в первые дни войны. 7 сентября 1812 года (26 августа). Поле Бородинское. «Стоны и вопли раненых неслись со всех концов поля. Русские раненые поразили свиту. Они не выпускали ни одного стога, может быть вдали от своих меньше рассчитывали на милосердие» - французский генерал Сегюр [4, стр.145]. Не рассчитывали на милосердие не только русские раненые: множество французов было оставлено на этом страшном поле битвы без помощи. Забегая вперед, приведем отрывок из «Очерков Бородинского сражения. Бородино через 52 дня после битвы» Ф.Н. Глинки. «На этом поле смерти и уничтожения среди целого народа мертвецов был один живой! «Кто ты?» - спросили французы, услышав близ дороги свой родной язык – «Я несчастный, половинный человек, и половинный мертвец... Картечь раздробила мне ноги, когда я пришел в себя, была уже ночь, и никого не было в поле» [2, стр.399]. Никто уже не узнает, сколько их, из французской и русской армий в ту ночь вот также пришли в себя после ранения, и поняли, что брошены, что оста-

лись без помощи, что впереди – только смерть. Чудесное... но единичное спасение!

Москва, 29 августа 1812 года. «В горестном положении увидел я столицу, повсюду плач и крик, по улицам лежали мертвые и раненые солдаты... Осторожно вошедши в батюшкин кабинет, я увидел брата Михайло, лежащего на спине. Доктор Лёмер (Lemaire) вырезывал ему снова рану и пускал кровь» [3, стр.127]. Н.Н.Муравьев в своих «Записках» [3, стр.119-130] на нескольких страницах описывает одиссею своего брата Михаила, которому было всего 16 лет. Тяжело раненого при Бородино его, в конце концов, все-таки доставили в Москву, затем вывезли в Нижний Новгород. Михаилу Муравьеву посчастливилось выжить, он дослужился до высокого чина, но вошел в историю возмутительным по своему цинизму высказыванием после подавления Польского восстания в 1863 году. Уж не перенесенные ли в юности страдания сделали его таким жестоким? Есть над чем задуматься современным психоаналитикам.

В воспоминаниях Дениса Давыдова не раз встречаются эпизоды боев, затем пленение французов, и, как правило, звучит при этом привычная фраза: «перевязав раненых, я отправлял их для сдачи городскому начальству под расписку» [2, стр.123]. Но вот другой эпизод, уже на победном пути в Европу: «...и проезд мой от Понарей до Вильни сопровождаем был разного диалекта стенаниями страдальцев... восхитительным гимном избавления моей родины» [2, стр.277]. Что же пришлось пережить храброму гусару, зрелому мужу, честному, прямому человеку, поэту-романтику, если в первые месяцы войны он перевязывает и кормит пленных французов, а спустя совсем небольшое время их стоны становятся для него «восхитительным гимном»! Воистину, любая война калечит не только тело, но оставляет незаживающие раны и в душах, даже самых возвышенных.

Виктор Гюго в книге «Отверженные» посвящает 15 глав Ватерлоо, но о раненых и убитых всего несколько строк. Но ведь и Юлий Цезарь в своей работе «Записки о галльской войне» не написал о врачах ни слова, только глухо упоминая о больных и раненых, участь которых его не волновала. Подобное отношение мы наблюдаем у всех последующих полководцев, во всех странах и во всех армиях. Мы даже не будем пытаться понять причину этого, потому что она не одна, их множество. Мнений по этому поводу тоже множество. Но все-таки приведем одно из них Дениса Давыдова: «Каждый раненый был уже погибшим для Наполеона» [2, стр.293]. Еще не скоро поймут полководцы, что выигрывает войну не молоденький, крепкий и здоровый новобранец, а раненый, вернувшийся в строй опытный солдат. Несмотря на отрицательную оценку мастерства медиков историком Е.В.Тарле, не можем не привести еще один отрывок из мемуаров генерал-майора И.Т.Раджицкого: «...городские хирурги не замедлили явиться к нам с инструментами, тогда показались они мне страшнее французской кавалерии. Хирурги обратились сначала к Тутол-

мину (дивизионный адъютант, раненый при Островно, и помещенный вместе с Радужицким в одном доме), ободрили его, обласкали, дали каких-то капель, потом усадили на стул, обмыли рану, из которой клочьями висело мясо, и виден был острый кусок кости. Оператор так ловко повернул ножом выше клочьев, что они мигом отпали. Тутолмин вскрикнул, и начал охать. Хирурги, с крючками в руках бросились ловить жилки из свежего мяса руки. Между тем оператор стал пилить кость, отпиливши кость они подобрали жилки в один узелок и затянули оторванное место натуральную кожу, которая была для этого оставлена и отворочена. Потом зашили ее шелком и увязали бинтами. Тутолмин лег в постель, как полумертвый» [1]. Это длинноватая цитата, вызывающая дрожь своим натурализмом, показывает, что и в то время находились хирурги, блестяще владеющие оперативной техникой. Михаил Муравьев, о котором мы упоминали ранее, при довольно серьезном ранении нижней конечности, не стал инвалидом, хотя при каждой перевязке приходилось вновь и вновь отсекал некротические ткани. У него, по свидетельствам Н.Н. Муравьева, «даже открылся «антонов огонь», но известный врач того времени Мудров, который полюбил брата, лечил его и во второй раз спас его от смерти» [3, стр.130]. И славного генерала, героя битвы при Островно графа Остермана-Толстого, медики тоже довольно быстро поставили на ноги. Тяжелая контузия на Бородинском поле вынудила этого мужественного человека покинуть битву, но уже через несколько дней он в состоянии был принимать участие в судьбоносном совете в Филях. Возможно, и князя Багратиона можно было спасти, не получи он дополнительную психологическую травму: весть о падении Москвы. Из Москвы, несмотря на подавленность и суматоху, удалось вывезти почти всех раненых. Благодаря дипломатически-рыцарской встрече А. Милорадовича и маршала Мюрата, Москва получила четырехчасовой срок для эвакуации. В то время еще можно было говорить о рыцарстве! [4, стр.152]. Множество раненых в крайне трудных условиях медикам все-таки удавалось спасти, но далеко не все могли вернуться в строй: единственным методом лечения раненых конечностей считалась их ампутация. Читая мемуары 1812 года поражает прежде всего красота литературной речи авторов, поэтому мы посчитали нужным привести так много цитат. Восхищает мужество, с которым раненые переносят боль, выдерживая мытарства эвакуации, операции без наркоза. Картины судеб раненых ужасны, порой кажутся неправдоподобными, ведь войны в Европе следуют одна за другой, накапливался опыт, в том числе и медицинский. Казалось, помощь раненым должна бы совершенствоваться. Однако, при самоотверженной нечеловечески трудной работе медиков, наблюдается и другое, по большому счету фатальное: организация помощи раненым в войне 1812 года, как в нашей, так и во французской армиях, была крайне неудовлетворительной, и способствовала, увы, значительным санитарным потерям... Пройдет сто лет, и

только к 1914 году будет, наконец осознано, что спасение раненых – это не узкомедицинская проблема, а общегосударственная задача.

Литература:

1. Игумен Петр (Пигаль) Зовёт к отечеству любовь / Игумен Петр (Пигаль), В.Б. Атапин, Н.Н.Визжилин. – Москва: информационно-издательский центр «К свету», 2012. – 464 с.
2. Окопова, Н.Н. 1812 год в русской поэзии и воспоминаниях современников / Н.Н. Окопова, В.В. Бережкова. – Москва: Правда, 1987. – 510с.
3. Подольская, И.И. Русские мемуары / И.И. Подольская. – Москва: Правда, 1989. – 617с.
4. Тарле, Е.В. Нашествие Наполеона на Россию, 1812 года / Е.В.Тарле. – Москва: Военное издательство, 1992. – 304 с.

Шостак В.А.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ОТ ДРЕВНОСТИ ДО НАШИХ ДНЕЙ

УЗ «5-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

Кесарево сечение (КС) в настоящее время является наиболее часто выполняемой операцией не только в современном акушерстве, но и во всей абдоминальной хирургии. Частота абдоминального родоразрешения составляет в разных странах от 5% до 60%, в Беларуси за последние три десятилетия уровень родоразрешения КС увеличился в 3 раза и составляет около 26%.

Операция КС известна со времен глубокой древности. Название операции происходит от «Lex Caesarea» – древнеримского (кесарева) закона, который запрещал хоронить умерших беременных или рожениц без предварительного извлечения плода из матки. В Римской империи КС было облечено в форму закона, а с возникновением христианства древний закон обрел особенную силу.

Благодаря успехам хирургии во Франции в XVI в. и быстрому развитию акушерства, Амбруаз Паре настоятельно разъяснял целесообразность оперативного родоразрешения на живой женщине. Достоверно неизвестно, кто первым произвел кесарево сечение на живой женщине с благоприятным исходом. Есть описание того, как в 1501 г. в Зигерстаузене I. Nufer произвел извлечение плода у своей жены с ее согласия и разрешения властей. Женщина не только выздоровела, но впоследствии еще родила шестерых детей, в том числе одну двойню.

В 1581 г. опубликована книга F.Rousset, в которой имеется подробное изложение методики проведения операции. I. Trautmann в 1610 г. в Виттенберге произвел кесарево сечение, и, хотя женщина умерла на 24-й день после операции от неизвестной причины, операция прочно вошла в

историю акушерства. В России КС первым выполнил И. Эразмус в 1756 г. в Пернове.

Считается, что в России операция впервые описана московским врачом Д. Самойловичем, который в 1780 г. защитил в Лейдене диссертацию, где упоминалось и кесарево сечение. Методология операции была описана в книге Н.М. Максимовича-Амбодика «Искусство повивания» (1786 г.) как цесарская операция или утробосечение.

В XVII - XVIII вв. КС производилось очень редко, как правило, результаты его были неудачными. Это объясняется в первую очередь отсутствием восстановления целостности матки и возникающими вскоре инфицированием брюшной полости и кровотечением.

Дальнейшая история операции непосредственно связана с совершенствованием методологии КС, на протяжении которой акушерами дискутировался вопрос об ушивании матки. Вначале существовало мнение, что сшивать матку нет необходимости, потому что она может зажить и без швов под влиянием собственного сокращения. F. Rousset (1581) утверждал, что шов на этом органе является вредным из-за последствий, которые могут причинить оставленные в брюшной полости лигатуры. Lauerjat (1753) первым предложил соединять края маточной раны кровавым швом, а первым акушером, применившим шов, был Lebas (1769).

Способ ушивания матки на протяжении длительного времени окончательно не был решен: одни акушеры накладывали одноэтажный шов, другие – глубокие и поверхностные швы; одни накладывали узловатый, другие – непрерывный шов. В качестве шовного материала использовали серебряную проволоку, кетгут, шелк. F. Kehrer впервые ушил матку трехэтажным швом, он же впервые предложил осуществлять разрез матки выше пузырно-маточной складки. К большому сожалению, все предложенные модификации швов были неудовлетворительными отчасти потому, что антисептика в то время была весьма малоразвита. Летальный исход наблюдался в 66% при зашивании матки и 55% – без такового. Такие плачевные результаты заставляли искать другие пути и методы родоразрешения.

Но во многих странах, которые были далеки от цивилизации и не знали анатомии, КС проводилось достаточно успешно. Европейские путешественники неоднократно рассказывали о случаях успешного проведения КС, например, в Африке. Самое интересное описание операции принадлежит Фелькину, который наблюдал его в 1879 г. в Кагхуре (Уганда).

Честь изобретения маточного шва, вполне обеспечивающего как остановку кровотечения, так и гарантирующего полную изоляцию двух полостей одной от другой, принадлежит Sanger из Лейпцига. Причем, за Сангером остается ряд существенных заслуг: 1) до него не существовало строго обдуманного метода операции; 2) он первым рекомендовал накла-

дывать большое количество швов, притом глубоких и поверхностных, и не захватывать в шов отпадающую оболочку; 3) были расширены относительные показания к КС. Способ Сангера дал очень сильный толчок к усовершенствованию маточного шва. В связи со значительным снижением материнской смертности благодаря разработанным различным способам ушивания матки были существенно расширены показания к операции в интересах плода, которые были отражены в решении III Международного конгресса акушеров-гинекологов (1899), сделав прогрессивное развитие методологии кесарева сечения основой учения о показаниях к нему.

Поиск новых способов абдоминального родоразрешения в интересах здоровья, как матери, так и плода привел в начале XX в. к разработке техники ретровезикального КС как нового этапа развития акушерства, имеющего большое значение и по настоящее время. Для этого периода было характерно появление новых методологий КС, которые должны были значительно уменьшить уровень инфекционных осложнений. В 1908-1910 гг. Frank, Doderlein, Latzko, Kustner предложили методику экстраперитонеального кесарева сечения, которая все же не нашла широкого распространения (до 70-80-х годов) из-за значительной сложности выполнения. Авторское право на данную методику операции оспаривает в своей книге «Оперативная гинекология» И.Н. Рембез (1985), указывающий, что впервые такая операция была проведена в 1805 г. Озиандером, а в 1806 г. – Йоргом.

В конце XX в., вроде бы исчерпав все возможности улучшения исходов операции, основанные на усовершенствовании способов ушивания матки, разработке вариантов хирургических доступов к органу, типов разрезов, возникла необходимость обосновать и внедрить в практику новые способы хирургического обезболивания, переливания крови, применение антибактериальных препаратов, новых видов шовного материала. Самая последняя модификация КС принадлежит J. Joel-Cohen и M. Stark (1991). Тем не менее, анатомические и функциональные аспекты методологии вызывают многочисленные дискуссии, основой которых является обеспечение минимального анестезиологического и хирургического риска для плода и матери.

За свою многолетнюю историю техника и способ выполнения КС неоднократно видоизменялись и продолжают совершенствоваться. Современный этап развития методологии КС связывается с поиском и разработкой новых хирургических технологий, применяемых при многократно выполняемых подобных операциях. Именно анатомо-функциональное направление воссоздания полноценности матки может определять значительное уменьшение частоты повторных операций в перспективе. Развитие техники КС идет по пути последовательного снижения травматичности всех ее этапов. Внедрение новых технологий абдоминального родоразрешения способствует уменьшению частоты

осложнений, сокращению продолжительности анестезиологического пособия и оперативного вмешательства, снижает потребность в применении лекарственных препаратов и шовного материала, что имеет важное медицинское и экономическое значение.

Литература:

1. Баев О.Р., Рыбин М.В. Современные тенденции развития техники кесарева сечения. // Акушерство и гинекология. – 1997. – №2. – С.3-7.
2. Кесарево сечение. /Под ред. В.И.Краснопольского. –М.,1997. –285 С.
3. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение.–М.,1998.–192 С.
4. Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов. Акушерство и гинекология, 2000, №5, с. 3–8.
5. Чернуха Е.А. Кесарево сечение – настоящее и будущее. // Акушерство и гинекология.–1997.–№5.–С.22-28.

Шумин Н.С.

ИСТОКИ ЗУБОВРАЧЕБНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ

*Музей истории медицины Беларуси ГУ «Республиканская научная
медицинская библиотека», Минск, Беларусь*

Развитие зубоврачебного образования на территории Беларуси берет начало с подготовки цирюльников – специалистов в области врачевания, имевших право лечить все болезни и производить все операции без исключения, в том числе удаление зубов.

Историк отечественной медицины В.П. Грицкевич отмечал, что в письменных источниках XVI-XVIII вв. упоминается свыше 150 цирюльников более чем в 40 городах и местечках Великого княжества Литовского.

Об уровне оказания зубоврачебной помощи на территории Беларуси в тот период может свидетельствовать тот факт, что при раскопках на посаде г. Слуцка в захоронениях XVII в. зафиксированы зубные протезы, сделанные с черного металла, и дошедшие до нашего времени в поврежденном коррозией виде.

Вплоть до последней четверти XIX в. зубоврачебную помощь населению оказывали лекари, подлекари, цирюльники и фельдшеры. Зубные врачи и дантисты были крайне редким явлением и в основном обслуживали зажиточные слои общества. Согласно литературным источникам в 1809 г. на всей территории Российской империи числилось всего 18 зубных врачей, уже в 90-х гг. XIX в. на территории современной Беларуси

(Витебская, Гродненская, Минская, Могилевская губернии) было зарегистрировано более 40 дантистов. Но оказываемые ими услуги не всегда давали желаемый результат. К тому же часто встречались специалисты с крайне низким уровнем образования в области зубоврачевания.

Понимая потребность населения в высококвалифицированных зубоврачебных кадрах, доктор Л.Н. Шапиро и дантист А.Л. Демиховский выступили перед губернскими властями с предложением открыть в Минске зубоврачебную школу.

После детального рассмотрения поступившего предложения в Минском губернском правлении, Министерстве народного просвещения и Министерстве внутренних дел 30 апреля 1907 г. устройство зубоврачебной школы было разрешено вне правил. Согласно законодательству открытие подобных специализированных учебных заведений позволялось только при университете. Однако такого высшего учебного заведения на территории Беларуси к началу XX в. не было.

Сам факт открытия Минской зубоврачебной школы представляет собой уникальное явление, так как это была вторая зубоврачебная школа на территории Российской империи, открытая вне правил (первая открыта в Екатеринославле, совр. Днепропетровск, Украина).

После получения разрешения на открытие школы учредителями был разработан устав, учебный план, найдено помещение для школы, назначен заведующий, преподаватели и зачислены ученики.

В школу принимались юноши и девушки не моложе 17 лет. Прием учащихся происходил только один раз в год в начале осеннего полугодия.

Учредителями была определена плата за обучение – 120 рублей в год, вносившиеся равными частями каждые полгода (годовое содержание городского врача: жалование, столовые, разъездные в 1906 г. составляло 800 рублей).

Частично был решен вопрос с заведующим школой и преподавателями. Ими стали местные врачи и преподаватели Минских училищ: доктора Г.С. Липманов (заведующий школой), Л.Н. Шапиро (преподаватель анатомии), А.А. Яхнин (преподаватель дентиатрии), В.М. Комоцкий, Ю.Д. Бруциус, Л.Ф. Леймбаха, А.К. Валк, С.В. Макаревич, М.Н. Шапиро, Л.Я. Поляк, зубной врач Я.С. Напельбаум (демонстратор по зубным болезням и заведующий клиникой при школе). К началу учебного года было подано более 50 заявлений от желающих получить звание зубного врача.

Школа приступила к работе 11 сентября 1907 г. после ее аккредитации Минским губернским врачебным инспектором доктором С.Н. Урванцовым. По правилам, при ней должны были быть: лаборатория для изучения зубоврачебной техники, зал для приема больных с операционными креслами по одному на 4 учеников двух старших классов, аудитории и комната для наркоза.

Согласно учебному плану курс обучения продолжался два с половиной года и распределялся на пять полугодий. Переход с одного семестра на другой осуществлялся только после сдачи экзаменационных испытаний.

Для технических и клинических занятий при школе в октябре 1907 г. открылась клиника, устанавливался амбулаторный прием больных. Каждый слушатель был обязан участвовать в 3-часовом приеме больных не менее 100 раз, причем в приеме пациентов участвовали учащиеся трех старших семестров. Во время приема они должны были сделать не менее 50 пломб (в т.ч. 15 золотых) и приготовить не менее 5 протезов отдельным пациентам.

Согласно годовому отчету зубоврачебной школы за первый учебный год в клинике школы было принято 869 пациентов, совершивших 3498 посещений. Было выполнено 452 экстракции зубов, 126 протезных работ, поставлено 844 пломбы (426 цементных, 257 гуттаперчевых, 130 серебряных, 27 золотых, 4 фарфоровые). Уже в 1914 г. в клинике было принято 11960 пациентов, совершивших 31668 посещений. Было выполнено 7595 экстракций зубов под общей и местной анестезией, 20 мостовидных работ, 1075 искусственных зубов, 14 штифтовых зубов, отлито 55 золотых, 9 логановских коронок, поставлено 11191 пломба (4373 гуттаперчевых, 4608 цементных и фарфоровых, 2152 серебряных, 58 золотых).

После усвоения учебного курса проходили выпускные экзамены по теоретическим и практическим предметам. Учащимся, успешно сдавшим все экзамены, выдавалось удостоверение о прохождении курса, позволявшее после сдачи дополнительных экзаменов в Императорской военно-медицинской академии или в одном из университетов получить звание зубного врача. И только после этого выдавалось разрешение на практическую деятельность.

Годом позже открыта вторая школа зубных врачей М.А. Кудзинович и Р.Д. Каплана. В 1909 г. обе школы слились в одну, общее число учащихся достигло 130 человек.

Первый выпуск в Минской зубоврачебной школе состоялся 22 декабря 1909 г. в количестве 44 человек.

В августе 1914 г. Российская империя вступила в Первую мировую войну. По всей стране начали организовываться военные лазареты и госпитали. Помещения многих учреждений и учебных заведений были реквизированы и приспособлены для нужд военной медицины.

В августе 1915 г. в связи с наступлением немецких войск и объявлением эвакуации учреждений г. Минска зубоврачебная школа была перевезена в Екатеринославль (г. Днепропетровск) и временно объединена с зубоврачебной школой Вебера Шрайдера. Движимое имущество школы

(зубоврачебное оборудование и инструментарий) перевезли в г. Ромны (Сумская обл., Украина).

В скором времени школу из Екатеринославля перевезли обратно в Минск, но из-за отсутствия необходимого оборудования, инструментов и медикаментов ее пришлось закрыть.

Попытка возродить деятельность школы была предпринята в 1918 г. в условиях немецкой оккупации. В адрес немецкого командования из медицинского отдела Минской городской управы было направлено несколько прошений с целью возобновить в Минске деятельность зубоврачебной школы, но они остались без внимания.

Только в 1920 г. на заседании отдела медицинских школ Народного комиссариата здравоохранения БССР было принято решение о возобновлении деятельности Минской зубоврачебной школы с 3-го курса, чтобы дать возможность прежним слушателям окончить полный курс обучения (на 1 января 1915 г. в школе числился 371 учащийся). По окончании курса в 1923 г. она была ликвидирована.

Таким образом, становление зубоврачебного образования на территории Беларуси происходит лишь в начале XX в. К этому времени в Российской империи, в состав которой входила и Беларусь, была разработана необходимая законодательная база, позволившая открыть первое специализированное учебное заведение, по подготовке зубных врачей, образовательная деятельность которого повлияла на дальнейшее развитие стоматологии Беларуси.

Литература:

1. Врачебно-санитарное законодательство в России (Узаконения и распоряжения правительства по гражданской медицине, санитарной и фармацевтической частям, опубликованные на 1-е января 1908 г.) / сост. д-р. Н.Г. Фрейберг. – СПб., 1908. – С. 93–99.
2. Г.Р. Очерки истории медицины Беларуси / Г.Р. Крючок. – Минск : Беларусь, 1976. – С. 173.
3. Пашков, К.А. Зубоврачевание и стоматология в России IX–XX вв. / К.А. Пашков. – М. : МГСУ, 2008. – С. 25–26, 42.
4. Шумин, Н.С. Становление зубоврачебного образования Беларуси до начала XX века / Н. С. Шумин // Современная стоматология. - 2012. -№ 2. -С. 102-105.
5. Шумин, Н.С. Минская зубоврачебная школа доктора Шапиро и дантиста Демиховского/ Н. С. Шумин // Медицинский вестник. – 2012. – 6 сентября.

Шумин Н.С.

ПОДВИГ ВРАЧЕЙ ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ ТИФА В БОБРУЙСКОМ ЛАГЕРЕ ДЛЯ ВОЕННОПЛЕННЫХ (1919-1920)

*Музей истории медицины Беларуси ГУ «Республиканская научная
медицинская библиотека», Минск, Беларусь*

В январе 2014 г. исполнилось 95 лет со дня образования Белорусской Советской Социалистической Республики, давшей начало современному суверенному государству Республике Беларусь.

Создание белорусского государства протекало в сложной военно-политической и социально-экономической обстановке. Немецкая оккупация и огромное число беженцев усугубили тяжелую санитарно-эпидемическую ситуацию, сложившуюся в белорусских губерниях после начала Первой мировой войны. Ухудшилось санитарное состояние городов и транспорта, резко обострилась продовольственная проблема, надвигался голод, нарастали заболеваемость и смертность населения (в первую очередь детей, женщин и стариков) от эпидемий тифа и холеры.

В конце февраля 1919 г. польские войска, форсировав Неман, начали планомерное наступление в Беларуси, после упорных и кровопролитных боев постепенно продвигаясь на Восток.

На оккупированной польскими войсками территории установился режим террора: избивали и грабили население, сжигали деревни и города, разрушали культурные и лечебные учреждения, увольняли всех неугодных врачей. В Бобруйске, как и в других местах республики, были устроены лагеря для военнопленных. В результате нищеты, голода и антисанитарии на оккупированной территории возникли эпидемии холеры, тифа и других заболеваний.

В октябре 1919 г. в лагере для военнопленных, размещенном в Бобруйске, вспыхнула большая эпидемия тифа. Довольно подробно те трагические события описаны современниками в книге «Лагер ваеннапалонных: Старонкі з гісторыі беларускай акупацыі: Успаміны тт. Гершона, Рабкіна і Залоцінай»:

«У лагеры лютаваў тыф.

У няпаленых казармах з выбітымі вокнамі на голых нарах, на халоднай цэментнай падлозе, ва уласных выпаражненнях кідаліся ў тыфознай гарачцы хворыя. Тыя, што не страцілі яшчэ прытомнасці, прыціскаліся адзін да другога, каб сагрэцца. Тоўстым слоem вошай, набухлых ад чалавечай крыві, былі пакрыты целы хворых і яшчэ не захварэўшых.

Сярод жывых валяліся даўно астыўшыя трупы. Тыя, што яшчэ трымаліся на нагах, паўхворыя сцягвалі з мертвых вопратку і тут-жа надзявалі яе на сябе.

Піць... піць...— гэтыя стогны нясліся з усіх куткоў, але вады у памяшканні не было.

Ноч. У кутку мігаціць карасінавая лампа. Хворы праз трупы і жывых паўзе да дзвярэй, каб спусціцца па лесніцы і змачыць снегам перасохшыя губы ...

Палонныя былі галодныя. Прынасімай у вёдрах карычневай бурды, якая называлася «кавай», і пахлебкі хапала не ўсім. Елі толькі тыя, у каго была пасуда — кансервныя банкі, і тыя, хто мог падняцца на ногі. Палонныя шукалі ежы... Шчасліўцам удавалася пажывіцца памыямі з лагернай кухні. Некаторыя з палонных ішлі на ўсе...».

Бобруйские врачи и местное население, видя сложившуюся ситуацию, обратились к польскому военному командованию с предложением оказать посильную помощь в борьбе с эпидемией тифа, но ответ оказался коротким: «Их не лечить, а расстреливать нужно»(из воспоминаний проф. М.А. Хазнова). Однако угроза широкого распространения эпидемии за пределы лагеря и советская пропаганда в местной и зарубежной печати заставили польское командование в лице генерала Милевского пойти на уступки. Из местных врачей, среднего медицинского персонала и добровольцев был создан санитарно-эпидемический отряд под руководством М.А. Хазанова. Причем материальной базой, медикаментами и денежными средствами отряд обеспечивал себя сам. Вот как описывал происхождение М.А. Хазанов: «Когда в лагере военнопленных вспыхнула большая эпидемия тифов я и маленькая группа врачей (Раскин, [И.И.] Виленский, Черчес, [Е.А.] Угорская, [П.Е.] Майзус, Якубович) пошли в лагерь помогать и вырывать из когтей смерти сотни больных, пленных красноармейцев, находившихся там безо всякой медицинской помощи... Так как поляки не отпускали никаких средств и медикаментов для лечения пленных, и даже пищи для больных — морили их голодом — я организовал в городе и ближайших деревнях комитеты помощи военнопленным, которые собирали для больных, находящихся в лагере, постельное белье, одеяла, одежду, лекарства, предметы ухода, продукты питания».

Вскоре отряд приступил к работе. Первым делом из помещений госпиталя были вынесены мертвые в приспособленное под морг помещение бывшего цейхгауза. Так как свободных рук не хватало, из числа военнопленных была создана группа санитаров. Больные сыпным, возвратным и брюшным тифом были размещены по отдельным палатам, где им оказывались необходимая медицинская помощь и уход. Кроме того, организована баня и дезинфекционная камера.

Работа санитарного-эпидемического отряда сопровождалась большими потерями среди медицинского персонала. Так, вскоре заболели и умерли от тифа врачи Раскин, Ващинский, Баборикина и др.

В результате самоотверженной деятельности местных жителей и санитарно-эпидемического отряда под руководством врача М.А. Хазанова

в лагере для военнопленных удалось приостановить распространение эпидемии, наладить питание и спасти от неминуемой смерти сотни человеческих жизней.

¹*Щавелева М.В.,* ²*Глинская Т.Н.*

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН: 2002 – 2011 ГОДЫ

¹*Белорусская медицинская академия последипломного образования,*

²*РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий,
Минск, Республика Беларусь*

Смертность населения – важнейший индикатор его здоровья. Существуют определенные гендерные особенности смертности: более высокий ее уровень у мужчин. Для республики эти особенности в ряде случаев имеют гипертрофированный характер. Во-первых, в силу географического положения нашей страны, в прошлом веке значительное влияние на уровень смертности мужского населения оказали I мировая, гражданская и II мировая война. Влияние последней было столь значимо, что через 14 лет после ее окончания, по данным всесоюзной переписи 1959г. (первой послевоенной переписи в СССР), на долю мужского населения в БССР приходилось только 44,46%. В последующие годы половая структура населения страны, нарушенная войнами, так и не была выровнена окончательно. Более высокий темп роста смертности мужчин, особенно трудоспособного возраста, внес свою печальную лепту в сохранение неблагоприятной половой структуры населения. Это стало особенно заметно в 80 - 90-е годы прошлого века. Перепись населения 1999 года [1] выявила 4,5% вдов среди женщин в возрасте 40-44 лет. С увеличением возраста их доля быстро нарастала (по данным переписи 1999 года: в возрасте 45-49 лет – 7,8%; 55-59 лет – 21,8%; 70 лет и старше – 65,4%). По нашему мнению, особый «вклад» в формирование гендерных особенностей смертности населения нашей страны вносит смерть от внешних причин.

Смерть от внешних причин всегда (независимо от возраста ее наступления) является преждевременной, поскольку происходит вне рамок закономерностей естественного развития организма. Кроме того, по данным многочисленных исследований, посвященных оценке медико-демографических потерь преждевременной (ориентированной на трудоспособный возраст) смертности населения, наибольшие потери, в расчете на одного человека, приходятся именно на внешние причины. Смерть от внешних причин, несмотря на ее полиэтиологичность, может рассматриваться как индикатор существующих проблем межведомственного взаимодействия и внутриведомственной преемственности в рамках работы по

предотвращению данного вида смертности, а также оказания помощи пострадавшим. Нельзя игнорировать мнение и авторов [2], считающих, что существует определенный недоучет смертности от внешних причин, который связан с маскированием смертности от алкогольных отравлений – в других классах, в частности, для молодых возрастов, - в болезнях системы кровообращения.

Цель работы: провести анализ смертности мужского населения Республики Беларусь от внешних причин за десятилетний период (точкой отсчета служит 2002 год – год, когда на территории нашей страны была налажена полноценная работа по учету заболеваний и проблем, связанных со здоровьем, в соответствии с Международной статистической классификацией X пересмотра). Период 2002 – 2011 гг. характеризуется направленным «включением» административного ресурса, прежде всего крупномасштабной реализацией мероприятий Национальных программ демографической безопасности и прочих, активизацией усилий системы здравоохранения, других ведомств (в т.ч. Министерства внутренних дел и Министерства по чрезвычайным ситуациям) по предотвращению управляемых причин смертности.

Материалы и методы исследования: в качестве материала исследования служили официальные статистические данные Национального статистического комитета Республики Беларусь (Белстата); материалы анализировались с помощью расчета интенсивных и экстенсивных показателей, критерия достоверности.

Полученные результаты. Согласно официальным статистическим данным Белстата абсолютное число умерших от внешних причин в 2002 г. составило 17096 человек; в 2011 г. – 13498. Таким образом, уровень смертности от внешних причин в расчете на 1000 человек населения достоверно снизился с $1,72 \pm 0,01$ (2002 г.) до $1,43 \pm 0,01$ (2011 г.), ($p < 0,05$). За анализируемый период также произошло снижение абсолютного числа умерших мужчин от внешних причин: с 13429 до 10638 человек.

Среди 100 умерших от внешних причин мужчины составляли 78,55 и 78,81 человек в 2002 и 2011 гг. соответственно. Вместе с тем, интенсивность смерти мужчин в трудоспособном возрасте от данных причин была достоверно ($p < 0,001$) выше: 84,86 на 100 умерших в 2002 г. и 86,01 – в 2011 г.

Как отмечено нами выше, в течение анализируемого периода произошло достоверное снижение смертности населения от внешних причин (в целом на 21,05%). Вместе с тем, наиболее значимым для мужского населения оно было для таких причин как нападение (насилие, убийство) – (-54,77%); несчастные случаи, вызванные огнестрельным оружием, - (-46,67%); случайное утопление (погружение в воду) – (-42,38%). Однако для таких причин, как «повреждения с неопределенными намерениями» и «случайное механическое удушение» отмечается рост смертности мужского населения, на 44,34% и 17,71% соответственно.

В течение анализируемого периода изменилось ранжирование мест среди причин, приводящих к наступлению смерти. В 2002г. (вне зависимости от возраста) наиболее важными для смерти мужчин от внешних причин были: преднамеренные самоповреждения (включая самоубийство); случайные отравления алкоголем; несчастные случаи с автотранспортом. В 2011г. наиболее значимой (вне зависимости от возраста) стала такая причина как случайное отравление алкоголем; далее – повреждение с неопределенными намерениями; преднамеренные самоповреждения.

Нами выявлена еще одна особенность смерти от внешних причин мужского населения. Так, в 2002г. состояние алкогольного опьянения было зафиксировано у 16,18% умерших от внешних причин; в 2011 – у 27,11%. Считаем, что столь значимое изменение в данный структурный показатель могли внести как увеличение потребления алкоголя, так и более ответственное отношение к фиксации данного факта.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ подтверждает: а) избыточность смертности от внешних причин мужчин нашей страны; б) - необходимость и возможность определенного управления таким демографическим процессом как смертность; особенно - от внешних причин.

Наряду с этим, 1) ряд причин: отравление алкоголем, суициды и пр. не теряют своей актуальности; 2) необходим дальнейший взаимосвязанный анализ смерти как от внешних причин, так и от патологических состояний для исключения маскировки смерти от внешних причин (особенно отравления алкоголем) в ряде классов болезней.

Литература

1. Население Республики Беларусь: итоги переписи населения Республики Беларусь 1999 года/ редколлегия: Г.И.Гасюк, С.В.Лукашевич и др.: статистический сборник. – Минск, 2000. – 195 с.

2. Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России /А.Е.Иванова [и др.] //Социальные аспекты здоровья населения: Электронный научный журнал.28.08.2013г. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/30/>; 13.10.2013

Юдина Н.А., Азаренко В.И., Кавецкий В.П.

ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ СТОМАТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
Минск, Беларусь*

Интеграция стоматологии стран СНГ в европейскую систему, тесная связь с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) изменили представление об оказании стоматологической помощи.

В мировой практике оказание стоматологической помощи населению проводится с акцентом преимущественного развития первичной медикосанитарной помощи (ПМП) с введением института врача общей практики, как основного работника ПМП, интегрирующего и координирующего индивидуальную стоматологическую помощь каждому человеку. В большей части стран лечебно-профилактическая стоматологическая помощь осуществляется в 80-85% случаев специалистами общей практики и только в 15-20% - узкими специалистами. Стоматологи – универсалы способны предоставить широкий спектр услуг населению: профилактические мероприятия; лечение кариеса зубов и заболеваний периодонта; эндодонтическое лечение за исключением сложных случаев (искривленные труднопроходимые корневые каналы и т.д.); хирургическая амбулаторная помощь (удаление зубов, периостотомия); ортопедическое восстановление твердых тканей зубов вкладками и коронками, протезирование при частичной или полной адентии мостовидными, бюгельными, съемными пластинчатыми и другими протезами. При этом лечебно-профилактические мероприятия проводятся как взрослому контингенту, так и детскому населению.

Стоматологи, прошедшие дополнительную узкую специализацию в течение 2-3 лет (эндодонтисты, ортодонты, челюстно-лицевые хирурги и др.) занимаются челюстно-лицевым и сложным бюгельным протезированием, выполняют трудоемкие хирургические операции, проводят эндодонтическое лечение и оказание помощи пациентам с заболеваниями СОПР, требующим сложной диагностики и специального лечения.

На постсоветском пространстве преобладают узкие специалисты в стоматологической службе. Отрицательными сторонами оказания стоматологической помощи исключительно узкими профессионалами является перекладывание ответственности с одного специалиста на другого. Узкий специалист (стоматолог-терапевт, стоматолог-хирург, стоматолог-ортопед) фактически не несет ответственность за стоматологическое здоровье в целом, не обеспечивает постоянный контроль за состоянием полости рта пациента. С этим связаны необоснованно высокий процент депульпирования зубов под ортопедические конструкции и отсутствие диспансерного наблюдения при реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями полости рта. Решить эту проблему могло бы введение должности врача-стоматолога широкого профиля.

В России внедрение и развитие общей практики начато в 1995г. В Украине должность врача-стоматолога общей практики принята в 2005г. Но в этих странах до сих пор остаются нерешенными правовые и финансовые вопросы.

В своих работах ведущие белорусские ученые неоднократно отмечали необходимость внедрения комплексного подхода в лечении пациен-

тов на основе современных медицинских технологий по принципу врача общей практики.

Разработка организационных основ для работы врача-стоматолога общей практики и его взаимоотношения со специалистами была проведена в 1995-1997гг. на базе кафедры терапевтической стоматологии МГМИ (РКСП). В ходе эксперимента 90,8% обратившихся пациентов получили всю необходимую лечебно-профилактическую помощь у врача-стоматолога общей практики, что соответствовало общепринятым мировым стандартам (80-85%). Только 9,2% пациентов были направлены на консультацию и лечение к стоматологам-специалистам. Были установлены временные рамки работы врача-стоматолога общей практики – в среднем 33 минуты на прием одного пациента. Результаты анкетирования населения РБ также была подтверждена актуальность введения новой должностной единицы. Так 87,7% опрошенных предпочли бы лечиться у врача общего профиля (общей практики) и только 12,3 респондентов хотели бы каждый раз обращаться к соответствующим специалистам.

Все это послужило основой для изменений в системе подготовки и повышения квалификации стоматологических кадров до уровня международных стандартов.

В 1997г. открыта кафедра общей стоматологии МГМИ (БГМУ) во главе с доцентом Н.М. Полонейчиком, где студенты 1 и 2-го курсов на фантомах овладевают основами профессии врач-стоматолог общего профиля, введено преподавание коммунальной стоматологии, разработаны и внедрены программы обучения методам профилактики стоматологических заболеваний.

В 2005г. во исполнение приказа МЗ РБ №467 приказом ректора БелМАПО №568-л от 25.11.2005г. была открыта кафедра общей стоматологии во главе с доцентом, к.м.н. Юдиной Н.А. (в настоящее время – профессор, доктор медицинских наук).

На кафедре работают опытные подготовленные кадры: доцент Азаренко В.И. со стажем работы в БелМАПО 34 года; доцент Шотт И.Е. – 16 лет; доцент Кавецкий В.П. – 9 лет; ассистенты Манюк О.Н., Поляков К.М., Юрис О.В., Пиванкова Н.Н., Мельникова Т.Ю. Под руководством Н.А. Юдиной защищены 4 кандидатские диссертации, из них 2 преподавателями кафедры (Манюк О.Н., Поляков К.М.).

Приоритетным направлением своей работы кафедра считает адаптацию должности стоматолога общего профиля в государственной и частной системах здравоохранения Беларуси.

Основной функцией кафедры является педагогическая работа по подготовке специалистов-стоматологов широкого профиля. На кафедре разработаны учебные планы и программы повышения квалификации для врачей-стоматологов общей практики госучреждений и коммерческих структур по всем направлениям современной стоматологии: "Восстанов-

ление контактного пункта при реставрации твердых тканей зуба"; "Технологии и материалы в эндодонтическом лечении"; " Особенности работы с композиционными светоотверждаемыми материалами"; "Комплексное лечение заболеваний периодонта (маргинального)"; "Минимальные инвазивные методы лечения кариеса зубов"; "Эстетическое микропротезирование передней группы зубов"; "Инновационные методы антимикробной терапии в эндодонтии и периодонтологии"; "Микропротезирование передней группы зубов"; "Лазерные технологии в стоматологии"; "Цельнокерамические ламинаты"; "Эпидемиология стоматологических заболеваний", включающие вопросы комплексного лечения стоматологических заболеваний.

Сотрудники кафедры активно участвуют в разработке профильных научных медицинских программ, в работе Совета Белорусской стоматологической ассоциации и международных стоматологических обществ (IADR) и обеспечение стоматологического непрерывного последипломного образования специалистов профиля и подготовки научных кадров в Республике.

Перспективами дальнейшего развития общей стоматологии являются подготовка ассистента стоматолога и гигиениста стоматологического вместо зубного врача, а также последовательная переориентация узких специалистов во врача-стоматолога широкого профиля, осуществляющего комплексное лечение. Появление новой специальности "гигиенист стоматологический" и адаптация врача-стоматолога общей практики будут являться большим вкладом в процесс профилактики стоматологических заболеваний и улучшения качества стоматологической помощи в целом.

Литература:

1. А Боттичелли. Роль гигиениста стоматологического в команде стоматологической клиники. Стоматологический колледж. - 2006.- №02.- С.2.
2. А.И. Делендик, М.К. Зубрицкий. Организация работы стоматолога общей практики. Материалы научно-практической конференции "Организационные аспекты первичной медико-санитарной помощи". Минск. – 1999.-С.69-72.
3. В.Д. Вагнер, Б.Ц. Нимаев. Концептуальные основы дальнейшего развития общей (семейной) практики в стоматологии. институт стоматологии. – 2005.-№4929).- С.20-21.
4. П.А. Леус. Коммунальная стоматология. Брест: ОАО "Брестская типография". – 2000.-284стр.

Ярашэвіч С.П., Дзянісаў С.Д., Кутас В.А.

ПЕРШАЯ НАВУКОВАЯ БЕЛАРУСКАЯ АНАТАМІЧНАЯ ТЭРМІНАЛОГІЯ І ЯЕ СТВАРАЛЬНІКІ

УА “Беларускі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт”, Мінск, Беларусь

Распрацоўка навуковай анатамічнай тэрміналогіі непасрэдна звязана з дзяржаўнай палітыкай беларусізацыі, распачатай у 20-х гадах мінулага стагоддзя. Важная роля ў яе ажыццяўленні надавалася распрацоўцы беларускай тэрміналогіі розных галін ведаў. У лютым 1921 г. была створана Навукова-тэрміналагічная камісія Наркамата асветы БССР, на базе якой у 1922 г. заснаваны Інстытут беларускай культуры (Інбелкульт), які ў 1929 г. пераўтвораны ў Акадэмію Навук Беларусі.

Пачатак распрацоўкі анатамічнай тэрміналогіі прыпадае на канец 1923 г., калі член прыродазнаўчай секцыі Інбелкульту І. Цвікевіч распачаў укладаць спіс тэрмінаў па анатоміі, фізіялогіі і гігіене. Тэрміналагічная праца затым была перададзена медыцынскай секцыі, заснаванай у 1924 г. З 1925 г. распрацоўкай тэрміналогіі займаецца асобная тэрміналагічная камісія ў складзе ўрача Івана Цвікевіча¹ (старшыні), урача Паўла Трамповіча² (члена) і ўрача (на той час яшчэ студэнта) Паўла Каравайчыка³ (сакратара і дакладчыка).

У беларускай медыцынскай тэрміналогіі тэкст пададзены на трох мовах: лацінскай, рускай і беларускай. Лацінскія тэрміны-эталоны прыведзены па Базельскай анатамічнай тэрміналогіі, выданнямі якой з эквівалентамі на польскай і ўкраінскай мовах мелі магчымасць карыстацца члены тэрміналагічнай камісіі. Перакладу згаданай міжнароднай тэрміналогіі на рускую мову не было, і пры складанні спіса рускіх тэрмінаў аўтары абавіраліся на “Атлас па анатоміі чалавека” В. Шпатэгольца і падручнік А. Раўбера, Ф. Копша, у якіх найбольш поўна паралельна прыводзіліся назвы на лацінскай і рускай мовах.

Агульныя прынцыпы, якімі кіраваліся аўтары пры падборы беларускіх эквівалентаў, былі вырацаваны раней Навукова-тэрміналагічнай камісіяй Наркамата асветы. Згодна з імі за аснову

¹Цвікевіч Іван Іванавіч(1891—1938), беларускі дзеяч навукі і культуры. Брат А.Цвікевіча. Працаваў у Белдзяржвыдавецтве, быў членам камісіі Наркамата аховы здароўя БССР і старшынёй медсекцыі Інбелкульту. Арыштаваны ў 1930 г. па справе „Саюза вызвалення Беларусі“, асуджаны на 5 гадоў папраўча-працоўных лагераў. Паўторна арыштаваны ў 1937 г., прыгавораны да вышэйшай меры пакарання. Расстраляны. Рэабілітаваны ў 1960 г.

²Трамповіч Павел Віктаравіч(1888—?). Працаваў у Інбелкульце, загадчык кафедры БДУ. Арыштаваны ў 1930 г., сасланы на 5 гадоў. Далейшы лёс невядомы. Рэабілітаваны ў 1988 г.

³Каравайчык Павел Гіляравіч(1896—1937), беларускі грамадскі дзеяч, пісьменнік. У 1922—1926 г. працаваў у газеце „Савецкая Беларусь“, у Інбелкульце. У 1926—1930 г. у клініцы медыцынскага факультэта БДУ. Арыштаваны ў 1930 г. па справе „Саюза вызвалення Беларусі“, сасланы на 5 гадоў. Паўторна арыштаваны ў 1937 г., прыгавораны да вышэйшай меры пакарання. Расстраляны. Рэабілітаваны ў 1957 г.

тэрмінатворчасці была ўзята жывая народная мова. Выкарыстанне лексічных сродкаў беларускай мовы адбывалася шляхам ужывання агульнаўжывальнага слова ў тэрміналагічным значэнні або, калі яно не зусім дакладна выражала змест навуковага паняцця, шляхам стварэння на аснове народнага слова новай тэрміналагічнай адзінкі: цягліца (мышца), папялісты грудок (серый бугорок), скляпенне (свод), мазговы пасак (мозговой ремешок), аточынка (брыжейка), звязак (спайка), страўнічок (желудочек), вузлік (узелок), аброцька (уздечка), міжножачны вузел (межнужковий ганглій), задні звязак (задняя спайка), векавая частка (покрышечная частка). У многіх выпадках навукоўцы імкнуліся замяніць запазычаныя рускамоўныя тэрміны або іх элементы ўласнамоўнымі словамі: фасцыі – пялённіца, перешеек – перасмык, гіпофіз – ніжні атожылак мазгоў, сгибаючая мышца – згінальніца, эпителиальная пластинка сосудистой покрышки – пакрытнічны варсавы пласток, влагаішная связка – похвалы вяз, вращаючая мышца – крутніца і інш. Не выключалася і выкарыстанне запазычанняў, дапускалася паралельнае ўжыванне варыянтаў – запазычаных і беларускіх назваў.

У лютым 1925 г. медыцынская секцыя Інбелкульта разгледзела ўкладзены І. Цвікевічам спіс з 1294 тэрмінаў, у якім утрымліваліся пераважна анатамічныя назвы з уключэннем асобных тэрмінаў з паталогіі, паталагічнай анатоміі, бактэрыялогіі і інш.

У падборы беларускіх адпаведнікаў стваральнікі анатамічнай тэрміналогіі карысталіся багатым лексікаграфічным матэрыялам, назапашаным Інбелкультам. У прыватнасці аўтары абапіраліся на збор анатамічных і фізіялагічных назваў, сабраных Я. Драздовічам (1100 назваў), згадануювышэй тэрміналогію І. Цвікевіча, медыцынскія назвы, выпісаныя І. Цвікевічам з “Расійска-крыўскага (беларускага) слоўніка” В. Ластоўскага, медыцынскія назвы, выпісаныя П. Каравайчыкам з этнаграфічных прац аб Беларусі, народных назваў са слоўніка І. Насовіча, на выдадзеныя раней Інбелкультам выпускі тэрміналогіі.

Канчатковае рэдагаванне і зацверджанне тэрміналогіі належала Галоўнай тэрміналагічнай камісіі Інбелкульта.

Тры выпускі распрацаванай і выдадзенай у сціслыя тэрміны першай нацыянальнай анатамічнай тэрміналогіі “*Nomina Anatomica Alborutenica*” апублікаваны адпаведна ў 1926, 1927, 1929 г. У кожным з выпускаў ёсць алфавітны паказнік беларускіх тэрмінаў (агульным лікам 1459) і заўвагі, у якіх даецца тлумачэнне і абгрунтаванне шэрагу тэрмінаў. Тэрміналогія мела характар праекта, аднак да афіцыйнага ўнясення зменаў была абавязковай для аўтараў падручнікаў.

Асэнсоўваючы значэнне першай беларускай анатамічнай тэрміналогіі зазначым, што яна стала падставай для ўніфікацыі ўжывання анатамічных назваў у публікацыях, утварэння клінічных тэрмінаў,

выдання медыцынскай літаратуры, для пашырэння выкладання дысцыплін на беларускай мове на медыцынскім факультэце БДУ.

Літаратура:

1. Анатомический словарь: русско-белорусско-латинский, белорусско-латинский, латинско-белорусский. С.П.Ярошевич, Л.Н.Бойцов, Д.В.Ковалева, П.И.Лобко. - Минск: Дизайн ПРО. 1998. -480 с.

2. Беларуская навуковая тэрміналогія. Вып. 13. Анатамічныя назвы. Ч. 2. - Менск.: Выд.ін -та бел. культуры, 1927. -181 с.

3. Беларуская навуковая тэрміналогія. Вып. 20. Анатамічныя назвы. Ч. 3 - Менск: Выд. БелАН, 1929.-112 с.

4. Красней, В.П. Пошукі прынцыпаў і шляхоў выпрацоўкі беларускай нацыянальнай тэрміналогіі ў 20-х гадах / В.П. Красней // Беларуская мова. – Мінск, 1985. – Вып. 13. – С. 38-40.

5. Маракоў, Л. Рэпрэсаваныя літаратары, навукоўцы, работнікі асветы, грамадскія і культурныя дзеячы Беларусі. 1794 – 1991: Энцыкл. давед.: У 3 т. Т.1. – Мінск: ATHENAEUM, 2002.– 480 с.

Duplenko Iu.K.

ETHIC CONCEPTIONS' DEVELOPMENT IN THE SYSTEM HUMAN-ENVIRONMENT

National University "Kyiv-Mohyla Academy", Kyiv, Ukraine

Purpose of present abstract and the teaching course is to state a basic philosophical aspects, in particular, ethic mutual problem in system "human-environment" in retrospective plan and modern conditions of ecological perception increasing as a complex interdisciplinary scientific branch. Therefore its task is to indicate the place of philosophical, especially, ethic problems in system of medico-ecological disciplines. Important aspect of ecology is philosophical and ethic problems, among which are problems of ecological crisis, formation and modern state of ecological ethics which is considered as section of social ecology, influence of environment for people formation, humanitarian and world view guiding line of relations between human and environment, the base moral principles of these relations, philosophical positions in human ecology, mental and ethical directions of human and environment in the conditions of modern development of science and technologies, education of ecological ethic thought and modus operandi. Conceptual basis of course is perception of ecology as interdisciplinary complex scientific branch [5]. Accordantly to mentioned perception, complex ecologic discipline includes fundamental and applied sections. In its turn, in the field of fundamental ecology philosophical and eco-ethic aspects take certain place. On the other hand we can expect close contact of human ecology with its medico-social characteristics, in particular, with such conceptions as recreational correction of adaptation mechanisms. First of

all knowing of powerful influence of feedback between Human and Nature is very important. Nature has no homeostatic mechanisms which would allow it to overcome, compensate effects of modern anthropogenic loads until human activity is beyond of control [2, 3].

The idea of Human and Nature community is prominent in educational course. Its realization, perception of fact that Human firstly in its history comes across definitely limited restrictions, that resources and Earth area are not unlimited, that technologies ourselves are not able to settle global ecological crisis, to solve dilemma of overpopulation and pollution caused by these technologies, – all these facts have excited public reflection and stimulated real turning point in public views [1, 4]. Representatives of almost all branches of natural, public and humanitarian sciences are involved into search of common platform on ecological problems. In the course of teaching the attention is paid to education of system thought in students, which is a base for development of safe strategy, protection and improvement of environment for present and future generations, for other living creatures of Earth. History of moral human conceptions regarding environment and influence of ethnic cultural features for this process is considered in course. There are cosmism ethics; examples of literature Utopia; D. Andreev's conception; formation of noosphere conceptions (V. Vernadsky and P. T. de Chardin), features of eco-ethical A. Schweitzer's conception.

Conclusion. Conception “relationship with environment” from relations point of view and ways for introduction of continuous ecological enlightenment and education are followed. It shows perspective for new level of thinking and actions.

References

1. Кисельов М.М., Канак Ф.М. Національне буття серед екологічних реалій. – К.: Тандем. – 2000.
2. Красилов В.А. Метаекологія: закономірності еволюції природних і духовних систем. – М.: Наука. – 1997.
3. Крисаченко В.С., Хилько М.І. Екологія. Культура. Політика: Концептуальні засади сучасного розвитку. – К.: Знання. – 2001.
4. Марушевський Г.Б. Етика збалансованого розвитку. – К.: Центр екологічної освіти. – 2008.
5. Сидоренко Л.І. Сучасна екологія. Наукові, етичні та філософські ракурси. Навчальний посібник. – К.: Вид. ПАРАПАН – 2002.

Gutkowski P.

HISTORIA DZIAŁALNOŚCI GRUPY ROBOCZEJ PL-UA-BY POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHORÓB PŁUC W ROKU 2013

Przewodniczący Grupy Roboczej PL-UA-BY Warszawa, Polska

Rok 2013 był dziesiątym rokiem działania Grupy Roboczej Polsko-Ukraińsko-Białoruskiej (PL-UA-BY) Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Grupa Roboczej została powołana do życia w Łodzi w 2004 roku podczas XXVIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc z inicjatywy polskich (Janusz Kowalski, Tadeusz Zielonka, Anna Doboszyńska, Joanna Chorostowska-Wynimko, Piotr Gutkowski) i ukraińskich naukowców (Tatiana Serebrowska, Evgenia Kolesnikowa, Irina Mankowska, Andrej Dorofiejew, Leonid Hryszczuk).

Program pracy Grupy Roboczej przewidywał nawiązanie bezpośredniej współpracy naukowej pomiędzy zainteresowanymi ośrodkami uniwersyteckimi w obu krajach, organizowanie staży naukowych dla młodych lekarzy ukraińskich w wiodących ośrodkach pulmonologicznych w Polsce i organizowanie corocznych wspólnych konferencji naukowych naprzemiennie w Polsce i na Ukrainie. Istotnym punktem działania ze strony polskiej jest również nawiązywanie osobistych kontaktów z lekarzami polskiego pochodzenia i z ośrodkami polonijnymi na Ukrainie i na Białorusi. W następnych latach odbyły się kolejno konferencje w Polsce w ramach dorocznych zjazdów PTChP w Opolu (2006), Katowicach (2008), Mikołajkach (2010) i w Wiśle (2012) oraz na Ukrainie w Kijowie (2005), Doniecku (2007), Tarnopolu (2009), Czerniowcach (2011) i ostatnia w Kijowie (2013).

Od roku 2008 czyli od sześciu lat, we wspólnych konferencjach uczestniczą lekarze z Białorusi z Grodna i Mińska, co od roku 2012 znalazło odbicie w nowej nazwie Grupy Roboczej Polsko-Ukraińsko-Białoruskiej.

Innym założeniem programowym Grupy jest organizowanie praktyk szpitalnych i naukowych dla młodych lekarzy ukraińskich i białoruskich. Podczas minionego dziesięciolecia z takich praktyk skorzystało ponad 50 lekarzy odbywających staże w klinikach pulmonologicznych Warszawy, Katowic, Zabrza, Bydgoszczy i Wrocławia.

Rok 2013 obfitował w różnorodne wydarzenia będące wynikiem tej współpracy międzynarodowej. I tak w pierwszej połowie roku, w dniu 19 kwietnia 2013 miała miejsce w Warszawie „The 1-st Central- Eastern European alfa-1-antitrypsin network Conference. Alfa-1-antitrypsin deficiency - Asthma –COPD“. Konferencja została zorganizowana przez Prof. Joannę Chorostowską-Wynimko, inicjatorkę przesiewowych badań niedoboru alfa-1-antytrypsyny w naszej części Europy. Podczas konferencji były również prezentowane wyniki wspólnych badań polsko-ukraińskich zapoczątkowanych przed kilku laty w ramach Grupy Roboczej PL-UA-BY. Współpraca ta

obejmuje ośrodek warszawski (Prof. J. Chorostowska-Wynimko) i uniwersytet medyczny w Doniecku (Prof. An Dorofeyev).

W dniach 10 do 13 października 2013 odbyła się w Kijowie X Jubileuszowa Konferencja Naukowa Grupy Roboczej PL-UA-BY Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Temat Konferencji brzmiał: „Physiology and Pathology of Respiration: Advances in Basic Research and Clinical Applications“. Konferencja w Kijowie została zorganizowana przez Prof. T. Serebrowską na terenie Instytutu Fizjologii Ukraińskiej AN, a honorowego patronatu udzielił Ambasador RP w Kijowie, Pan Dr H. Litwin. Podczas konferencji odbyły się cztery sesje referatowe, dwie sesje plakatowe i zebranie robocze, na którym omawiano dalszą wspólną działalność Grupy. Uczestniczyło w Konferencji ogółem ponad 50 pneumonologów i fizjologów z różnych ośrodków Ukrainy, Białorusi, Rosji, Holandii, USA i Indii. Z Polski przyjechało siedem osób (Joanna Chorostowska-Wynimko, Warszawa, Anna Doboszyńska, Olsztyn, Joanna Domagała-Kulawik, Warszawa, Janusz Kowalski, Warszawa, Agnieszka Jarzemska, Bydgoszcz, Krzysztof Królikowski, Warszawa i Piotr Gutkowski, Warszawa). W referacie wstępnym Prof. J. Kowalski, pierwszy Przewodniczący Grupy Roboczej przedstawił dorobek dziesięciolecia pracy Grupy obejmujący zapoczątkowanie i prowadzenie wspólnych programów badawczych dotyczących epidemiologii astmy w Polsce, Ukrainie i Białorusi (Katowice-Tarnopol-Grodno), częstości występowania niedoboru alfa-1-antytrypsyny u chorych z przewlekłą obturacją oskrzeli (Warszawa-Donieck), program „Dzieci Czarnobyla” mający na celu zbadanie odległych skutków zdrowotnych w zakresie układu oddechowego u dzieci i młodzieży mieszkającej w rejonach o dużym zanieczyszczeniu izotopami radioaktywnymi (Warszawa-Grodno).

W dwóch prezentacjach Prof. J. Chorostowska-Wynimko z Instytutu Gruźlicy w Warszawie przedstawiła rolę badań podstawowych w rozwoju medycyny praktycznej oraz osiągnięcia programu przesiewowych badań niedoboru alfa-1-antytrypsyny u pacjentów z przewlekłą obturacją oskrzeli w Polsce i krajach Europy Środkowej. Prof. A. Doboszyńska omówiła zasady leczenia zaawansowanej POChP, Prof. J. Domagała-Kulawik przedstawiła korzyści kliniczne przezoskrzelowej biopsji cienkoigłowej kierowanej ultradźwiękowo (EBUS/TBNA) w diagnostyce raka płuca i w sarkoidozie. Dr A. Jarzemska omówiła zasady leczenia sarkoidozy, a Dr. Królikowski przedstawił wyniki własnych badań dotyczących uzależnienia od nikotyny i motywacji do porzucenia nałogu u chorych z zawałem mięśnia sercowego. Autor tego sprawozdania przedstawił wyniki porównania czynnościowej diagnostyki spirometrycznej i pletyzmograficznej oraz omówił zaburzenia oddychania podczas snu u dzieci. Wszystkie przedstawiane na Konferencji prezentacje zostały zamieszczone in extenso lub w formie streszczeń w suplemencie do czasopisma Ukraińskiej Akademii Nauk Fizjologiczny Żurnał (2013, 59; 4).

Ostatnim wydarzeniem w roku 2013 wskazującym na wielokierunkowy charakter współpracy było zaproszenie Kol. Szczepana Cofty (Poznań), Tadeusza Przybyłowskiego (WUM), Tadeusz Zielonki (WUM) i autora tego sprawozdania przez władze Uniwersytetu Medycznego w Doniecku do prowadzenia zajęć z pneumonologii ze studentami VI roku English Division. Zajęcia te odbywały się w dniach 18-22.11.2013 i obejmowały COPD i Niewydolność oddechowa (T. Przybyłowski), Kaszel, duszność oraz krwiotłucie. Pneumonia: diagnostyka i leczenie (T. Zielonka). Diagnostyka czynnościowa układu oddechowego (P. Gutkowski) i Techniki diagnostyczne w pneumonologii i Choroby opłucnej (S. Cofta). Ponadto codziennie odbywały się wykłady dla lekarzy: „Zaburzenia oddychania podczas snu” (P. Gutkowski), „COPD – trudne przypadki” i „Asthma – trudne przypadki” (T. Przybyłowski), „Choroby śródmiąższowe płuc”, „Pneumonia – diagnostyka i leczenie” (T. Zielonka) i „Choroby opłucnej” (S. Cofta). Oprócz zajęć dydaktycznych dla studentów i lekarzy w klinikach uniwersyteckich odbyły się dwie sesje szkoleniowe dla lekarzy rodzinnych z rejonu donieckiego (łącznie ponad 300 lekarzy), podczas których przedstawiono „Epidemiologię chorób płuc” (T. Zielonka) i „COPD i astma – trudne przypadki” (T. Przybyłowski). Podczas spotkania polskiej delegacji z Prorektorem Uniwersytetu Medycznego w Doniecku gospodarze wyrażali wolę kontynuowania tego rodzaju współpracy dydaktycznej w przyszłości.

Kolejne spotkanie Grupy PL-UA-BY odbyło się podczas XXXIII Zjazdu PTCH w Jachrance w dniach 10-13 maja 2014. Tradycyjnie odbyła się sesja Grupy Roboczej, a podczas poszczególnych sesji tematycznych Koledzy z Białorusi i z Ukrainy przedstawiali różnorodne tematy związane z leczeniem chorych na gruźlicę (S. Volf, H. Aleksa, J. Sheifer, H. Baradzina, L. Hryshchuk, O. Gryshchuk, N. Manavitskaya) a także inne aspekty chorób płuc u dorosłych i u dzieci (A. Makarevich, S. Lemiasheuska, A. Lemiasheuski z Minska, O. Kharchanka, T. Rovbuts, N. Tomchik z Grodna, V. Khorunzhaya z Doniecka).

Następne spotkanie Grupy Roboczej zostało zaplanowane na rok 2015 w Grodnie.

Zawadowicz B.

„DOKTOR WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI - CZĘSTOCHOWIANIN STULECIA - PATRON WSPÓŁCZESNYCH LEKARZY”

Doktor Władysław Biegański - wielki lekarz, naukowiec, filozof, etyk, pedagog i społecznik żył na przełomie XIX i XX wieku (1857-1917).

Był to okres rozbiorów Polski, policyjnego terroru. Zaborcy gnębili wszelkie przejawy patriotyzmu i dążenia do postępu. Koniec życia doktora Biegańskiego przypadł w czasie I wojny światowej. W 1901 roku założył To-

warzystwo Lekarskie Częstochowskie i został jego pierwszym prezesem. Założone przez dr Biegańskiego Towarzystwo działa do dzisiaj, zachowało swoją historyczną nazwę i jest obecnie oddziałem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Dr Władysław Biegański na stałe osiedlił się w Częstochowie, gdzie pracował i tworzył dzieła, znaczące dla wielu medycznych specjalności, pionierskie w zakresie metodologii wiedzy medycznej i logiki lekarskiej, tworzył podstawy współczesnej deontologii lekarskiej.

Analizując życie i osiągnięcia Doktora Władysława Biegańskiego należy zadać sobie pytanie dlaczego jego nazwisko przez lata było tak mało znane w Polsce i świecie? Odpowiedź na to pytanie jest jedna: urodził się w małym miasteczku księstwa poznańskiego, a resztę życia spędził w niewielkim, prowincjonalnym mieście Częstochowa - z dala od ośrodków naukowych i kulturalnych, w okresie rozbiorów Polski i w czasie I wojny światowej.

Czy, wobec tego, w takich warunkach mógł pracować i tworzyć nowoczesną medycynę, filozofię i logikę? Okazuje się, że tak.

Biegański urodził się 28 kwietnia 1857 w małym miasteczku Grabów nad rzeką Prosną, w Księstwie Poznańskim. Wychowywał się w rodzinie wielodzietnej. Szkołę średnią ukończył w Piotrkowie Trybunalskim. Od dziecka wykazywał niezwykle zdolności intelektualne, miał fenomenalną pamięć, zainteresowania historią i filozofią. Duży wpływ na rozwój tych cech jego osobowości, niezwykle pęd do nauki miała matka i siostra - samouk, która uczyła młodsze rodzeństwo, a także wybitni nauczyciele gimnazjum męskiego w Piotrkowie Trybunalskim. W 1875 r. zapisał się na wydział lekarski Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Już w czasie studiów interesował się filozofią i uczęszczał na wykłady z tej dziedziny. W 1880 r. otrzymał dyplom lekarza. W rok później przyjął posadę lekarza ziemskiego we wsi Kcynia w guberni kałuskiej w Rosji, gdzie pracował dwa lata.

W 1882 r. wyjeżdża do Berlina i Pragi czeskiej, aby uzupełnić wykształcenie i zapoznać się z postępami nauk medycznych. Uczęszcza na wykłady znanych profesorów Frerichsa, Henocha, Westphala, Virchofa. Studia w Berlinie obudziły w nim zamiłowanie do pracy naukowej. Rok później wraca do Królestwa Polskiego i osiedla się w Częstochowie, mieście wówczas zaniedbanym, prowincjonalnym, w którym nawet Jasna Góra była okupowana przez rosyjski garnizon.

W 1885 r. Biegański żeni się z Mieczysławą Rozenfeldówną piękną, bardzo pracowitą, wykształconą kobietą. Była pierwszą korektorką i recenzentką jego prac.

Doktor Władysław Biegański był tytanem pracy. Przyjeżdżając do Częstochowy objął kierownictwo szpitala im. Najświętszej Maryi Panny, stanowisko lekarza miejskiego i lekarza Kolei Żelaznej Warszawsko - Wiedeńskiej. Był też lekarzem fabrycznym (pracował w ambulatoriach fabryki worków

jutowych w podczęstochowskim Blesznie i zakładach włókienniczych Mottego). Prowadził także prywatną praktykę lekarską.

Szpital im. Najświętszej Maryi Panny, projektu Henryka Marconiego, znanego włoskiego architekta, mimo pięknej klasycystycznej formy z zewnątrz w środku był w opłakanym stanie. Zacytuje opinię doktora Karola Rozenfelda z tamtych czasów: „była to stara, nędzna i brudna rudera, która zdawała się szydzić z elementarnych zasad higieny”. Szpital posiadał 20 łóżek i dwa oddziały - oddział dla gorączkujących i oddział dla wenerycznych i świerzbawatych. Kiedy stanowisko lekarza szpitalnego objął Władysław Biegański, szpital zaczął się zmieniać. Biegański tworzy oddziały szpitalne - sprowadza doktora Władysława Wrześniowskiego, chirurga z Warszawy, który organizuje pierwszy oddział chirurgii w mieście (w tym czasie następuje szybki rozwój przemysłowy miasta - fabryki włókiennicze zatrudniały wielu robotników - rosła ilość wypadków przy pracy, także zwiększała się ilość przypadków chirurgicznych). Biegański organizuje laboratorium, kupuje pierwszy mikroskop (wiele dni spędził na próbach wybarwienia prątków Kocha), wprowadza zasady aseptyki i antyseptyki.

Szpital staje się miejscem spotkań, nauki, konsultacji, konsyliów dla lekarzy z miasta i regionu. Działalność ta owocowała publikacjami - pełnymi interesujących i oryginalnych obserwacji klinicznych. Po pewnym czasie prowincjonalny szpital częstochowski stał się ośrodkiem naukowym - małą kliniką, której dorobek porównywano z dorobkiem ośrodków uniwersyteckich. Jak określił to dr Karol Rozenfeld: „szpital był świątynią, z której, lekarze czerpali nie tylko miłość wiedzy, zapał i natchnienie do pracy, lecz czerpali jeszcze wiarę i zaufanie we własne siły”.

W 1896 dr Biegański przekazuje kierownictwo Szpitala Władysławowi Wrześniowskiemu, a sam poświęca się pracy naukowej. Pomimo absorbujących zajęć zawodowych i aktywności społecznej w ciągu 35 lat pracy w Częstochowie ogłosił drukiem 132 prace w zakresie medycyny i filozofii.

Śmiało możemy powiedzieć, że w wielu dziedzinach medycyny był on prekursorem, współtworzył podstawy wówczas dopiero kształtujących się dziedzin medycyny, neurologii, kardiologii, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, chirurgii i ortopedii.

W tym napisał kilka podręczników takich jak m. in. „Diagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych” (1891), „Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych” (1900-1901), „Zagadnienia ogólne z teorii nauk lekarskich” (1897), „Logika medycyny” (1894). Wydał też kilka dzieł filozoficznych, takich jak: „Zasady logiki ogólnej” (1903), „Teoria logiki” (1912), „Traktat o poznaniu i prawdzie” (1912), „Teoria poznania ze stanowiska zasady celowości” (1914-1915) itp. Dziełem, które nic nie straciło na swojej aktualności jest zbiór „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej” (1889). Myśli tam zawarte są cały czas aktualne i powinny być stale przypominane. Doktora Biegańskiego śmiało możemy nazwać współtwórcą deontologii lekarskiej. Oprócz pracy ściśle le-

karskiej - zawodowej i naukowej Władysław Biegański był także znanym społecznikiem. Był twórcą i założycielem, a także wieloletnim prezesem Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego (1901-1917). Był twórcą i prezesem Towarzystwa Dobroczynności dla Chrześcijan (1889-1901). Był inicjatorem i pierwszym prezesem oddziału częstochowskiego Polskiego Towarzystwa Krajoznawczego. Był jednym z twórców i założycieli częstochowskiego oddziału Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego oraz w 1905 r. utworzył w Częstochowie Muzeum Higieniczne.

Wiele czasu poświęcał popularyzacji (poprzez odczyty) zasad higieny. Prowadził szeroką akcję oświaty sanitarnej, walki z chorobami zakaźnymi, tworzenia ambulatoriów fabrycznych, zwalczania alkoholizmu, był też krzewicielem kultury fizycznej. Swym działaniem zapoczątkował utworzenie biblioteki miejskiej.

W czasach współczesnych Biegański bywał nazywany „profesorem bez katedry”, ponieważ swoje prekursorskie prace pisał z dala od ośrodków uniwersyteckich. W 1914 r. Uniwersytet Jagielloński proponował Władysławowi Biegańskiemu objęcie Katedry Logiki, ale ze względu na zły stan zdrowia Biegański nie zdecydował się na to.

Doktor Władysław Biegański zmarł 29 stycznia 1917 r. na dławicę piersiową. Pochowany jest na cmentarzu Kule w Częstochowie. Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie zawsze starało się czcić pamięć swojego założyciela. Doceniały go miasta Częstochowa i Grabów.

Doktor Władysław Biegański został wybrany w plebiscycie, przez mieszkańców Częstochowy - Częstochowianinem Stulecia, a rok 2007 został ogłoszony przez Prezydenta Miasta Rokiem Doktora Władysława Biegańskiego, dla upamiętnienia 150-lecia urodzin i 90-lecia śmierci jednej z najwybitniejszych postaci Częstochowy. Pamiątkami Roku Biegańskiego są wspaniałe reprint książki „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej” oraz medal.

Naszym wkładem w obchody Roku Biegańskiego było zorganizowanie na zakończenie Roku Biegańskiego 23-24.11.2007r. dużej, międzynarodowej VI Konferencji Naukowej na temat „Postępy medycyny - etyka i filozofia w medycynie”. Pierwszy dzień konferencji poświęcony był uhonorowaniu doktora Władysława Biegańskiego jako naukowca i lekarza. Wygłoszono referaty dotyczące postępów medycyny w zakresie kardiologii, kardiochirurgii, chorób metabolicznych, onkologii, neurologii i endokrynologii. Duży nacisk położono na najnowsze metody leczenia tych schorzeń. Wartość edukacyjną w istotny sposób podnosiły prowadzone na żywo wideo transmisje ilustrujące najnowsze techniki wykonywania zabiegów ratujących życie.

Wykład inauguracyjny wygłosił prof. Tadeusz Maliński, dwukrotnie nominowany do Nagrody Nobla z dziedziny nanomedycyny.

Drugi dzień konferencji nawiązywał do dorobku filozoficznego i etycznego doktora Władysława Biegańskiego - znaczenia etyki i filozofii w zawodzie lekarza, goście uznali, że doktor Biegański jest jednym z najwybit-

niejszych przedstawicieli polskiej szkoły filozoficzno - lekarskiej. Została ona stworzona poza ośrodkami akademickimi, w małym prowincjonalnym wówczas mieście Częstochowie. Profesor Janusz Skalski - jeden z wykładowców sesji etyczno-filozoficznej na zakończenie swojego wykładu powiedział „Wiele treści zawartych w jego niezrównanych podręcznikach i monografiach, mogłoby, z pewnym uzupełnieniem, kosmetyką tekstu i wyeliminowaniem niektórych przestarzałych pojęć - służyć jako podstawa nauczania współczesnych studentów, nawet lekarzy”.

My, lekarze zrzeszeni w Towarzystwie Lekarskim Częstochowskim czujemy się zobowiązani do kontynuowania prac i idei pierwszego prezesa i założyciela naszego Towarzystwa. Doktor Biegański zakładając to stowarzyszenie w 1901 roku, miał na celu szerzenie wiedzy, postępu w medycynie, wymianę doświadczeń. W tym samym celu od kilku lat organizowane są przez nas cykliczne Konferencje naukowe, wideo konferencje, na których wykładowcami są wybitni profesorowie z kraju i zagranicy, a stale rosnąca liczba uczestników świadczy o poziomie tych spotkań. Na konferencji zorganizowanej w 2007 r., z okazji 150-lecia urodzin doktora Biegańskiego byli też profesorowie i uczestnicy z zagranicy - uczestnicy VI Światowego Kongresu Polonii Medycznej, który odbył się w Częstochowie w 2006r. Przyjechali ponownie, emocjonalnie wspominając jak dużo dowiedzieli się z naszych sesji, a także miłą, rodzinną atmosferę naszych spotkań.

W czasie trwania obchodów Roku Biegańskiego rozpoczęliśmy realizację mojej inicjatywy upamiętnienia Biegańskiego poprzez ustawienie w Alejach Ławeczki z brązu z jego postacią.

Po obejrzeniu projektów ławeczki, wykonanych przez młodego, krakowskiego artystę rzeźbiarza Wojciecha Pondla, zrodził się pomysł ufundowania Honorowej Statuetki Biegańskiego, która dorocznie będzie wręczana osobom lub instytucjom zasłużonym dla Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego i medycyny, w uznaniu zasług zawodowych i społecznych. Wojciech Pondel opracował wzór statuetki - popiersia dr Biegańskiego na marmurowym cokole - statuetki wykonywane są w Krakowie starą XIX - wieczną metodą. Pierwszym 19 Laureatom z kraju i zagranicy wręczyłam Statuetki 14.09.2008r. podczas uroczystości odsłonięcia Ławeczki Biegańskiego, która była ukoronowaniem Roku Biegańskiego.

Teraz także Laureaci Honorowej Statuetki Biegańskiego rozślawiają jego imię i idee w Polsce i poza granicami naszego kraju.

Przytoczę Państwu krótkie fragmenty listów, które napłynęły do nas od naszych laureatów z USA, prof. prof. Tadeusza Malińskiego i Adama Stysia.

1. Prof T. Maliński OHIO University „Jego odkrycia były na wielkim światowym poziomie, wyprzedziły epokę i mają wymiar ponadczasowy. Dr Biegański należy do panteonu najwybitniejszych Polaków i jest wielkim obywatelem Częstochowy - jego dzieła i myśli nie mogą być zapomniane. Inicja-

tywa pani Doktor, Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego i Miasta Częstochowy o budowie pomnika Biegańskiego jest zacna i wielka”.

2. Prof. Adam Styś The University of South Dakota „Doktor Władysław Biegański jest międzynarodowym symbolem nowoczesnej etyki lekarskiej i udoskonalania medycyny dla dobra naszych pacjentów. Podstawowym etycznym obowiązkiem lekarza jest ciągle pogłębianie swojej wiedzy. Pracując poza granicami naszego Kraju, a także pozostając w stałych kontaktach z lekarzami w Polsce, wyróżnienie Doktora Biegańskiego jest dla mnie szczególnie ważne. W czasach globalizacji medycyny, międzynarodowej standaryzacji postępowań w diagnostyce i leczeniu, dr Biegański przypomina nam o najważniejszym: etyka lekarska jest wszędzie taka sama i wszędzie tak samo najważniejsza.

Raz jeszcze dziękuję i mam nadzieję na dalszą, owocną współpracę w duchu ideałów doktora Biegańskiego”.

W 2009 r. wydaliśmy publikację, zawierającą materiały z VI Konferencji i uroczystości odsłonięcia Ławeczki Biegańskiego, która stała się wydarzeniem w historii Częstochowy, a ławeczka atrakcją turystyczną Alei Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.

Kończąc ten wykład muszę powiedzieć:

Częstochowa miała wielkie szczęście, że na miejsce swojego życia wybrał ją taki człowiek, jak Władysław Biegański. Analizując jego dorobek dochodzę do wniosku, że był on prawdziwym człowiekiem renesansu. Wiedzy lekarskiej towarzyszyła wiedza z logiki i filozofii. Jego zbiór myśli i aforyzmów jest do dziś zaskakująco trafny. Władysław Biegański uważał, że celem wychowania i wykształcenia lekarza, jest aby pacjent nie był tylko przedmiotem postępowania medycznego, ale jednolitą całością psychofizyczną - podmiotem, za który odpowiada lekarz.

Całe życie doktora Biegańskiego jest wzorem postawy lekarza dla wielu pokoleń jego następców i nasza Ławeczka właśnie to będzie przypominać.

Misiak A., Nowak-Misiak M.

MEDYCyna W KRĘGU POCZOBUTÓW WITEBSKICH

Okręgowa Izba Lekarska Warszawa, ul. Puławska 18

Witebsk to obok Smoleńska najbardziej na północny-wschód położone wojewódzkie miasto dawnej Rzeczypospolitej Obojga Narodów. Po wojennych zawieruchach XVII i XVIII wieku i pomimo całkowitej utraty niepodległości przez Polskę, miasto rozwijało się gospodarczo. Sprowadzona w drugiej połowie XIX wieku, decyzją Banku Rolnego, grupa około 150000 Łotyszów (katolików) znacznie zasilila masy pracujące tego regionu. W mieście pomimo niewątpliwej rusyfikacji, trzon pracującej inteligencji stanowili Polacy.

Większość lekarzy, adwokatów, notariuszy, inżynierów budownictwa i tzw. agronomów była polskiego pochodzenia.

Rodzina Poczobutów – Odlanickich, jak wszyscy Poczobutowie Odlaniccy czy Kundzicowie wywodziła się z Poczobodów z okolic Grodna. Linia Witebska zaznaczyła się w historii na przełomie XVIII i XIX wieku. Poczobutowie gałęzi Witebskiej byli właścicielami kilku majątków o powierzchni ponad 12000 dziesięcin. Głównym tzw. „Oczkiem w głowie”, był majątek Białynicze należący przed Powstaniem Styczniowym 1963 r. do Feliksa, ostatniego marszałka szlachty Witebskiej. Dom marszałka mieścił się na Placu Gubernialnym w Witebsku. Udział w powstaniu Antoniego O-P i innych dalszych członków rodziny kosztował utratę tego „oczka”. Pozostał prestiż walki powstańczej i majątki Ciałosze i Hora (dzierżawione od Śląskich) pozostały nietknięte. Powstaniec Wujaszek Antoni pochowany jest w Kwaterze Powstańczej 1963 na warszawskich Powązkach Wojskowych.

Ekonomiczna niezależność rodziny komplikowana była przez zawierane małżeństwa prawie zawsze w obrębie wyznania rzymskokatolickiego. Żeby nie rozdrabniać majątków pobierano się w „rodzinie” z indultem papieskim. Innym sposobem „pozostania na swoim” były dwa małżeństwa pomiędzy dwiema rodzinami. I tak Dr Massalski Suryn ożenił się z Poczobutówną, a jej brat Mikołaj O-P z panną Masalską kuzynką tego pierwszego.

Taka stabilizacja pozwalała na dostatnie życie i kształcenie dzieci w dowolnych kierunkach. Wykształcone panny stanowiły nie lada partię dla ziemiańskich młodzieńców. Ostatnie przed Rewolucją pokolenie młodych O-P miało ukończone lub rozpoczęte wyższe studia. W Petersburgu opiekował się nimi wujaszek Antoni O-P dygnitarz kolejowy z darmowym biletem *Pożizniennowo projezda na wsiech liniach żelaznej drogi*.

W Moskwie była Polonia z prawnikiem Aleksandrem Lednickim na czele, skoligaconym z Poczobutami Witebskimi. W ten sposób z czasem powstała silna grupa szanowanych powszechnie ludzi, którzy w wyborach do 6 Rosyjskiej Dumy Państwowej doprowadzili do wyboru Lednickiego. Jego osoba wymaga całkowicie oddzielnego przedstawienia.

Medycyna przełomu wieków w Rosji to trudny okres. Z jednej strony kliniki Moskwy, Petersburga, Charkowa i Kijowa, a drugiej ciemnogród podparty mistyką Rasputina „leczącego” hemofilię carewicza. Medycyna prowincjonalna dzieliła się na wiejską w najlepszym wydaniu była związana z apteką - Dworem Szlacheckim i na kwalifikowaną, której wyniki zależały od umiejętności lekarzy w danym mieście.

W Ciałoszach urzędował Zygmunt O-P który po studiach aptekarskich Uniwersytetu Moskiewskiego prowadził majątek jako ostatni jego administrator przed Rewolucją. Posługując się nabytą wiedzą jak też doświadczeniem lekarskim brata Władysława skutecznie pomagał całej rzeszy okolicznych mieszkańców zyskując sobie ich wdzięczność i przywiązanie. Po 1918 już w Warszawie pracował w Aptekach Zygmunta Kulwiecia swojego kolegi, a w

domu dalej leczył domowników, psy i koty. Produkował poza tym świetne nalewki, których przepisy przywiózł z Witebska. Zmarł w 1953 r był moim dziadkiem.

Władysław O-P brat Zygmunta reprezentował medycynę kliniczną. Ukończył Wydział Lekarski Cesarskiej Wojskowej Akademii Medycznej, w Petersburgu, wychodząc z doktoratem na temat umieralności niemowląt i w mundurze oficerskim. Ożeniony z kuzynką Siergieja Dmitriewicza Sazonowa (Ministra Spraw Zagranicznych). Pracował w szpitalu w Witebsku, z krótkimi przerwami na szkolenia medyczne i wojskowe, często dojeżdżał do Ciałosz gdzie z córką (1913) przebywała żona. Pogarszanie wzroku (dziad Feliks miał rozpoznaną zaćmę ?), nie pozwalało mu długo operować w ciągu dnia. Toteż stał się lekarzem omnibusem. Operując również dzieci i dorosłych. Jako legenda opowiadana jest opowieść o być może pierwszym przeszczepie allogenicznym skóry w Witebsku. Do szpitala przywieziono oparzone małe dziecko. Zmiany były rozległe – obejmowały skórę brzucha. Doktor po chwili namysłu przygotował salę zabiegową i sam odciął sobie kawałek skóry z uda i przyłożył do rany. Dziecko przeżyło, a przeszczep się przyjął. Sława rosła. Rok 1918 wyjazd do Kongresówki. Demobilizacja. Oczekiwanie co dalej robić. Dr Władysław przyjmuje wezwanie przyjaciela lekarza z Radomska: pomóż w organizacji i leczeniu - epidemia tyfusu. Wyjeżdża, organizuje i leczy, angażuje własne środki finansowe, epidemia ustępuje. Ale doktor zaraża się i po kilku tygodniach umiera. Pochowany w Radomsku. Od czasu do czasu wspominany w miejscowych gazetach. Pozostał po nim srebrny rozkręcany cewnik do pęcherza moczowego.

Szwagier czyli mąż siostry mojego dziadka dr Otton Fedorowicz lekarz znakomity chirurg i prymariusz w Mińsku. Ożenił się z najładniejszą z pańien, Heleną Poczobutówną i zabrał ją z Witebska. Po I wojnie osiedlili się w Białymstoku. Szkolił się chętnie m.in. w Klinice Charite w Berlinie w 1908 roku w zakresie diagnostyki chirurgicznej z zastosowaniem promieniowania X. Jego córką była sławna rzeźbiarka, malarka i scenograf w Covent Garden w Londynie Zosia Fedorowicz. W latach 20-tych ubiegłego wieku zasłynęła z pracy zarobkowej, jako paryski taksówkarz.

Drugi szwagier dr Mikołaj Massalski (kuzyn bp Wileńskiego Massalskiego) ożeniony z Leonardą Poczobutówną. Najbardziej znany ze wszystkich lekarzy w Witebsku i okolicach, w ostatnim 25-leciu XIX wieku. Przyjaciół chorych i biednych. Jego katolicki pogrzeb w latach 90-ch w Witebsku był wielką manifestacją diaspory żydowskiej.

Tyle o historii. Współcześnie w Warszawie żyje wielki prawnuk Poczobutów, prof dr hab. Tadeusz Tołłoczko. Chirurg, uczeń prof. J.Nielubowicza, wieloletni kierownik Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie (obecnie . Uniwersytetu Medycznego). Przez dwie kadencje rektor i dwie kadencje prorektor tej uczelni. Mistrz i nauczyciel wielu pokoleń lekarzy polskich.

Piszący te słowa też są z Poczobutów. Andrzej – chirurg jest synem Ireny Odlanickiej Poczobutt córki Zygmunta, urodzonej już w Warszawie, która również przez lata pracowała w aptekach. Mirosława żona Andrzeja jest ortopedą.

Przedstawione informacje są początkiem (mam nadzieję) jakiejś większej całości o czasach i medycynie i ludziach którzy to wszystko tworzyli i przeżywali.

Nowak-Misiak M., Misiak A.

LEKARZ Z RAKOWA – OBYWATEL KRESÓW

Prof. dr hab. med. Stefan Kazimierz Malawski, jeden z największych ortopedów polskich, twórca współczesnej spondyliatrii i konstruktor stosowanej do dziś klamry czaszkowej.

Stefan Kazimierz Malawski urodził się 26 grudnia 1920 roku w Rakowie w Ziemi Wileńskiej, w rodzinie o tradycjach patriotycznych. Pradziad Wincenty Malawski, brał udział w 1863 roku w Powstaniu Styczniowym na ziemi mińskiej. Dziad Wawrzyniec, zginął w obozie na Wyspach Sołowieckich. Ojciec, Klemens, był ochotnikiem w wojnie polsko - rosyjskiej w 1920 roku. Służąc w stopniu podoficera w 20 pułku artylerii lekkiej w Łucku, zachorował na tyfus i zmarł gdy jego syn miał zaledwie 6 tygodni. Przyszłego lekarza wychowywała z pomocą rodziny matka, Stanisława z Czerniawskich. Dzięki niej w 1932 r ukończył Szkołę Powszechną w Rakowie, a następnie uzyskał świadectwo dojrzałości w 1938 r w Gimnazjum im. Adama Mickiewicza w Próżanie. w klasie, z której wyrosło trzech profesorów: Stefan K. Malawski - ortopeda, Ludwika Press – archeolog i Janusz Terpiłowski – fizyk.

W 1938 r. rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu im. Króla Stefana Batorego w Wilnie. W 1939 roku po wybuchu wojny przeniósł się do Lwowa w celu kontynuacji studiów medycznych w Instytucie Medycznym. Już w czasie studiów we Lwowie pracował pod kierunkiem dr M. Garlickiego w Klinice kierowanej przez docenta A. Grucę. Po wkroczeniu Niemców do Lwowa przerwał studia i wrócił do rodzinnego Rakowa, gdzie wstąpił do tworzącej się organizacji ZWZ – AK. Wkrótce został szefem sanitarnym ośrodka Raków, gromadził potrzebny sprzęt sanitarno – opatrunkowy i organizował jego pracę, szkoląc potrzebny personel. W miarę możliwości i umiejętności leczył miejscową ludność. Był lekarzem 13 Brygady A.K. Ziemi Wileńskiej, od początku jej powstania, aż do zakończenia działań akcji „Ostra Brama”. Uniknął aresztowania, wyjeżdżając do Lublina, gdzie jesienią 1944 roku wstąpił ochotniczo do Ludowego Wojska Polskiego i jako żołnierz został skierowany do Katedry Medycyny Wojskowej celem dokończenia studiów medycznych. Dyplom lekarza medycyny uzyskał 15.04.1946 na Uniwersytecie Lubelskim im. Marii Curie – Skłodowskiej. Staże podyplomowe odbywał w

szpitalach wojskowych, a w lipcu 1947 r. oddelegowany z wojska rozpoczął specjalizację z Ortopedii w Centralnym Instytucie Chirurgii Urazowej pod kierunkiem prof. A. Grucy.

W 1952 r. na podstawie rozprawy: „Złamania i zwichnięcia kręgosłupa lędźwiowego” otrzymał tytuł doktora medycyny. W 1953 wrócił do czynnej służby wojskowej na stanowisko kierownika Oddziału Urazowo – Ortopedycznego w WSO Nr 1 w Warszawie, będąc jednocześnie wykładowcą chirurgii polowej przy Katedrze Medycyny Wojskowej Akademii Medycznej. Po pomyślnym zdaniu egzaminów uzyskał specjalizację w zakresie ortopedii.

W kwietniu 1955 r. po zakończeniu przewodu habilitacyjnego, którego tematem były „Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego” uzyskał tytuł naukowy docenta. Po kilku miesiącach mianowany na stanowisko kierownika Oddziału Ortopedycznego Centralnego Szpitala MON. W grudniu 1956 na własną prośbę został przeniesiony do rezerwy, aby od stycznia 1957 rozpocząć pracę w Instytucie Gruźlicy celem zorganizowania pionu leczenia gruźlicy kostno-stawowej. Jednocześnie zorganizował i prowadził Oddział Gruźlicy Kostno-Stawowej w Klinice Ortopedii AM w Warszawie i został mianowany specjalistą krajowym w tej dziedzinie.

W lipcu 1968 r. wygrał konkurs na stanowisko dyrektora Sanatorium Gruźlicy Kostno-Stawowej w Otwocku. Zrezygnował z pracy w A.M. i całe swoje życie ortopedy, aż do emerytury związał z Otwockiem, piastując stanowisko dyrektora do 1973 r., wicedyrektora i kierownika oddziału, a następnie od 1981 kierownika powstałej na bazie oddziału Kliniki Ortopedycznej CMKP. W 1973 r. Rada Państwa nadała mu tytuł profesora nadzwyczajnego nauk medycznych. Po przejściu na emeryturę w 1991 r. był nadal czynnym zawodowo lekarzem, konsultował i operował w Klinice Ortopedycznej prowadzonej początkowo przez jego uczennicę prof. dr hab. med. A. Kiepuską – Branicką, a następnie przez prof. dr hab. med. K. Rapalę, a obecnie przez prof. dr hab. med. W. Marczyńskiego.

Niezwykłe pracowity, wykonał ponad 25 000 dużych zabiegów operacyjnych dotyczących głównie układu ruchu, w tym wiele operacji według własnych, oryginalnych metod. Zajmował się też z powodzeniem chirurgią naczyń w zakresie koniecznym do właściwego leczenia problemów ortopedycznych.

Jest autorem bądź współautorem 166 prac w czasopiśmie polskich i zagranicznych, 15 podręczników lub ich rozdziałów. Szkolił się i jednocześnie dzielił się własnym bogatym doświadczeniem, wizytując 77 zagranicznych ośrodków naukowo-badawczych.

Był promotorem 3 przewodów doktorskich i habilitacyjnych. Pod jego kierownictwem 26 lekarzy uzyskało I-y, a 18 uzyskało II-gi stopień z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii. Spośród tej grupy 3 zostało profesorami medycyny. Recenzował 30 prac na tytuł doktora medycyny, a 13 prac na

stopień doktora habilitowanego medycyny. Napisał 7 ocen dla nadania tytułu profesora medycyny.

Za działalność naukową, organizatorską i społeczną uhonorowany wieloma odznaczeniami, z których przede wszystkim należy wymienić Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Order Św. Stanisława, Złotą Odznakę Polskiego Towarzystwa do Walki z Kłectwem, Medal im. A. Grucy, Srebrny Medal L. Rydygiera Towarzystwa Chirurgów Polskich. Najbardziej cenił sobie Złoty Skalpel nadany w 80 rocznicę urodzin przez Międzynarodową Akademię Chirurgii Kręgosłupa, której rektorem był prof. dr med. G. Świdorski, a z wojskowych pamiątkową odznakę Żołnierz Kresowy AK. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie uhonorowała Profesora Dyplomem Laudabilis,

Ożenił się z Natalią Przyborowską. Żona z wykształcenia była pielęgniarką. Państwo Malawscy mają trzy córki, Krystynę (1948), Małgorzatę (1952) i Hannę (1953). Jedynie Małgorzata poszła w ślady ojca kończąc Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Mieszka w USA na Florydzie. Prowadzi praktykę prywatną i pracuje w szpitalu, którego była współorganizatorką.

Hobby; zainteresowania humanistyczne z okresu młodości pozostawiły chęć poznania historii Polski - epoki powstań niepodległościowych i dwudziestolecia międzywojennego. Ulubioną postacią historyczną pozostał na zawsze Józef Piłsudski. Interesował się polityką. Sam w młodości o poglądach lewicowych, w latach wileńskich członek Związku Niezależnej Młodzieży Demokratycznej, pracował w TUR (Towarzystwie Uniwersytetów Robotniczych). W owych latach był współpracownikiem pisarza Jerzego Putramenta i przyszłego wicepremiera Stefana Jędrzychowskiego. Po wojnie pozostał umiarkowanym realistą nie angażując się w działalność żadnej partii.

Profesor Malawski zmarł 23.10.2012 r. w wieku 92 lat i pochowany został w Warszawie z honorami Wojskowymi. Odprowadziło go liczne grono współpracowników, uczniów, przyjaciół i pacjentów.

Patrząc z perspektywy 67 lat na lekarską i naukową drogę Profesora widzimy człowieka niezwykle pracowitego, który systematycznie zmierzał do poprawienia metod diagnostycznych i leczniczych w ortopedii, a szczególnie w chorobach kręgosłupa, biodra, nowotworach kości i był największym w Polsce znawcą problematyki gruźlicy kostno-stawowej i chorób kręgosłupa. Dzięki wytrwałości, umiejętności krytycznego korzystania z nowych trendów w ortopedii oraz zdolnościom dydaktycznym stworzył własną szkołę ortopedyczną, której uczniowie pracują w 600-lóżkowym szpitalu chirurgii urazowo-ortopedycznej w Otwocku noszącym imię prof. Adama Grucy.

СОДЕРЖАНИЕ

Пиневич Д.Л., Вальчук Э.А., Тищенко Е.М., Филонюк В.А.	3
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ (90-ЫЕ ГОДЫ XX ВЕКА – ПЕРВОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ XXI ВЕКА)	
Артюшкевич А.С.	14
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В БЕЛАРУСИ	
Астапович С.Н.	18
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СЛУЧИНЕ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Астапович С.Н.	20
ЭДУАРД-АНТОН ЯКОВЛЕВИЧ КРАССОВСКИЙ	
Бахир Ю.Н.	22
РАЗВИТИЕ ДОНОРСКОГО ДВИЖЕНИЯ ОБЩЕСТВОМ КРАСНОГО КРЕСТА БССР В 1944-1991 гг.	
Беднякова Н.И., Сушко М.М.	26
СПОСОБЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ДРЕВНИЕ ВРЕМЕНА	
Белов Г.В., Касымов Ч.Т.	27
ФРУНЗЕНСКИЙ ЭТАП ЖИЗНИ ПРОФЕССОРА БОРИСА ЯКОВЛЕВИЧА ЭЛЬБЕРТА	
Белявина В.Н.	32
ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Блохина Н.Н.	36
АВГУСТЕЙШИЕ СЕСТРЫ МИЛОСЕРДИЯ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Блохина Н.Н.	40
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИМПЕРАТРИЦЫ АЛЕКСАНДРЫ ФЕДОРОВНЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦАРСКОСЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Бойко А.В.	43
ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ БУКОВИНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Бошектуев А.В.	48
РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ БУРЯТ В ПОСЛЕВОЕННЫЕ ГОДЫ НА ПРИМЕРЕ КИЖИНГИНСКОГО РАЙОНА БУРЯТ-МОНГОЛЬСКОЙ АССР	
Будревич Г.С., Лукьянец В.В, Михалюк С.Ф.	52
ИСТОРИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ Г. МИНСКА	
Буклаха А.М.	56
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МИКРОБИОЛОГИИ В БЕЛАРУСИ	

Быков Н.П.	60
РАЗВИТИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ФАРМАКОЛОГИИ УЧЕНЫМИ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ АКАДЕМИКА НИКОЛАЯ ПАВЛОВИЧА КРАВКОВА	
Вальчук Э.А.	63
О СОСТОЯНИИ БОЛЬНИЧНОГО ДЕЛА В ГРОДНЕНСКОЙ ГУБЕРНИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА	
Василенко В.В.	66
ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ И БОРЬБА С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ЗАПАДНОМ ФРОНТЕ В 1915 – 1917 гг.	
Васильев К.К., Мельниченко А.В.	70
В.В.ПОДВЫСОЦКИЙ (1857-1913) О ПРЕПОДАВАНИИ БАЛЬНЕОЛОГИИ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ	
Васильев К.К., Васильев Ю.К.	74
Г.В.ХЛОПИН (1863-1929) ОБ УЛУЧШЕНИИ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ (КУРОРТНЫХ) МЕСТНОСТЕЙ В СВЯЗИ С ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНОЙ	
Виксна Л.	77
ФЕМИНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССУРЫ ЛАТВИИ	
Войтович В.М.	79
ПРЕДПОСЫЛКИ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Воронец С.К., Щастная Т.В., Комарова Т.В.	81
ИСТОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	
Вронский А.А.	84
ИЗ ИСТОРИИ БОРИСОВСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Гельберг И.С., Алексю Е.Н.	87
ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ПО РЕЗКОМУ СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 1973-1982 гг.	
Гельберг И.С.	92
ПЕРВАЯ ВСЕСОЮЗНАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В ГРОДНО	
Герменчук И.А., Цыганкова О.А.	94
ИСТОРИЯ ПРОПАТОЛОГИИ В БЕЛАРУСИ: ТРУДНОСТИ ПОСЛЕВОЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ	
Глинская Т.Н.	96
ПЕРВЫЕ ДНИ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ГЛАЗАМИ МЕДИКОВ: ИСТОРИЯ В ЛИЦАХ	
Глушанко В.С., Лаппо Н.В.	98
БАЗИС ИСТОРИЧЕСКОГО ЕДИНСТВА УЧЕБНО- ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ, НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ	
Гольдинберг Б.М., Климович О.В.	104

ИСТОРИЯ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Гольдинберг Б.М.</i>	107
О САНИТАРНЫХ ПОТЕРЯХ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Гончарова С.Г.</i>	110
РОЛЬ М.Д. ЧЕЛЫШЕВА В БОРЬБЕ С ПЬЯНСТВОМ И АЛКОГОЛИЗМОМ В РОССИИ НАКАНУНЕ И В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Гончарова Е.З.</i>	113
СТРОИТЕЛЬСТВО БОЛЬНИЦ И ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Горелова Л.Е., Локтев А.Е.</i>	116
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РУССКОЙ АРМИИ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ (1914-1917)	
<i>Горецкий В.В.</i>	118
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗНАНИЙ МИКРОБИОЛОГИИ В ПЕРВУЮ МИРОВУЮ ВОЙНУ	
<i>Гудене В., Шимайтене З.</i>	122
МУЗЕЙНЫЙ ЭКСПОНАТ - ИСТОЧНИК ИССЛЕДОВАНИЯ ИСТОРИИ ФАРМАЦИИ	
<i>Гузик Е.О., Тернов В.И., Башун Т.В., Зятиков Е.С., Фурс С.Ф., Сидукова О.Л., Машенко И.В.</i>	123
КАФЕДРЕ ГИГИЕНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭКОЛОГИИ БЕЛМАПО 65 ЛЕТ	
<i>Гутько А.Г.</i>	127
ВКЛАД АКАДЕМИКА РАМН Ю.П. ЛИСИЦЫНА В ОБЛАСТЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ИСТОРИЮ МЕДИЦИНЫ	
<i>Гутько А.Г.</i>	130
ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	
<i>Давыдова Т.В.</i>	132
ПРОБЛЕМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ НАЧАЛА И СЕРЕДИНЫ XX ВЕКА	
<i>Дегтяренко Г.Ш.</i>	135
МУЗЕЙ «МИЛОСЕРДИЕ И МУЖЕСТВО» - ЦЕНТР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И ГРАЖДАНСКО-ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ	
<i>Дейкало В. К., Левчук Л. И., Пуховский А. Г.</i>	139
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЕ БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ 70 ЛЕТ	
<i>Денисов С.Д.</i>	142

А. П. САМАРИН – ЗАБЫТОЕ ИМЯ В ИСТОРИИ ИЗУЧЕНИЯ ФАСЦИЙ ШЕИ	
<i>Дорошевич В.И., Ширко Д.И.</i>	144
РАЗВИТИЕ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ НАКАНУНЕ И В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Драньков Э.В.</i>	147
СТАНОВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ ПРИ ИК-12 (г. ОРША) В ПОСЛЕВОЕННОЕ ВРЕМЯ	
<i>Егорышева И.В.</i>	151
Первые шаги советского здравоохранения в области лекарственного обеспечения населения	
<i>Ершова-Павлова А.А., Хмель Р.Д., Лазаревич А.А., Карпенко Г.А., Рагимова Н.И., Прибушеня О.В., Зацепин О.И., Колосов С.В., Лазюк Г.И., Наумчик И.В.</i>	153
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
<i>Загородный Г.М., Лосицкий Е.А., Леонова Н.С.</i>	156
ИСТОРИЯ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ	
<i>Зайцев Д.В., Лазарчик И.В., Караневич А.И., Тихоновец М.Ю., Кухтик О.В.</i>	159
ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК УЗ «МИНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»	
<i>Заяц В.И., Гернец В.В.</i>	162
ИСТОРИЧЕСКАЯ ДАТА КОЛЛЕДЖА	
<i>Зеньков Л.Н., Дешко Т.А.</i>	165
СЛУЖБА ПРОФПАТОЛОГИИ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА	
<i>Зорин К.В.</i>	168
ДОГАЛЕНОВСКАЯ И ГАЛЕНОВСКАЯ МЕДИЦИНА: ДВЕ ТРАДИЦИИ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ	
<i>Иванова В.И., Маршалко О.В. *, Матвейчик Т.В.</i>	169
ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Игнатович Ф.И.</i>	172
ГРОДНЕНСКИЙ ВРАЧ Б.К. ЗАБЛОЦКИЙ – УЧАСТНИК ВОССТАНИЯ 1863-1864 ГОДА	
<i>Иодковский К.М.</i>	176
РАЗВИТИЕ ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Исаенко Е.Ю., Елисеева И.В., Бабич Е.М., Ждамарова Л.А., Белозерский В.И., Колпак С.А., Капшур Н.В.</i>	179
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВАКЦИНОЛОГИИ	
<i>Исаенко Т.П., Силина Л.В.</i>	183

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: ПРОШЛОЕ – ОСНОВА НАСТОЯЩЕГО	
<i>Исакова А.А., Третьякова В.Ю., Пешиков О.В.</i>	186
ВРАЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЮЖНОГО УРАЛА В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Исаенко Е.Ю.</i>	188
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТРАНСКУТАННОЙ ИММУНИЗАЦИИ	
<i>Калечиц О.М.</i>	192
ТУБЕРКУЛЕЗ В БЕЛОРУССИИ В КАНУН ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Кандыбор Г.А.</i>	195
МИНСКАЯ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКАЯ ШКОЛА В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Касымов Ч.Т., Белов Г.В.</i>	198
ПРОФЕССОР БОРИС ФЕДОРОВИЧ МАЛЫШЕВ - ОСНОВОПОЛОЖНИК ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ И СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ	
<i>Кириллова Е.Н., Кухта Е.А.</i>	202
ДРЕВНЯЯ ГРЕЦИЯ – КОЛЫБЕЛЬ АКУШЕРСКОЙ МЫСЛИ АНТИЧНОСТИ	
<i>Коваленко И.П., Гранько С.А.</i>	204
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА	
<i>Ковецкая Е.Е., Кравчук И.В., Малейчик Т.Н., Доронина Ю.В., Кондрашина А.В.</i>	207
ИСТОРИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОДОНТИИ	
<i>Конрой М.Ш.</i>	211
РОССИЙСКАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОМЫШЛЕННОСТЬ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Короткевич Т.В.</i>	214
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ БЕЛАРУСИ НА РУБЕЖЕ XIX-XX ВЕКОВ	
<i>Корсун Е.В., Корсун В.Ф., Малышко М.А.</i>	217
СОСТОЯНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В РОССИИ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Костюченко Е.В.</i>	220
РАЗВИТИЕ ЗНАНИЙ ОБ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И МЕТОДАХ БОРЬБЫ С НИМИ ДО ЗАРОЖДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ: ОСНОВНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ	
<i>Кравчук И.В.</i>	222
ИСТОРИЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ФИССУР ПОСТОЯННЫХ И ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ	

Кралько А.А.	225
РАЗВИТИЕ БЕЛОРУССКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ЗДРАВООХРАНЕНИИ В 40 – 60-Х ГОДАХ XX ВЕКА	
Кроткова Е.Н., Дойлидо А.К.	228
ИСТОРИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ	
Крутилина Н.И., Костецкая Т.В.	231
О НЕКОТОРЫХ ИСТОРИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИИ	
¹Крутилина Н.И., ²Окунцев Д.В., ¹Аль-аква Абдульмажид Мохсен.	235
ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК ХИРУРГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Кузыбаева М.П.	239
ВЫСТАВКА-ПРОЛОГ МУЗЕЙНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ АНАЛИЗ ВЫСТАВОК МЕДИЦИНСКОЙ ТЕМАТИКИ В РОССИИ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX – НАЧАЛА XX В.	
Кульпанович О.А.	244
ИМЯ В МЕДИЦИНЕ ИЛИ САМОВЫДВИЖЕНИЕ И САМОНАГРАЖДЕНИЕ	
Лапановіч С.Ф.	247
УДЗЕЛ УСЕРАСІЙСКІХ ЗЕМСКАГА І ГАРАДСКОГА САЮЗАЎ У АКАЗАННІ МЕДЫЦЫНСКАЙ ДАПАМОГІ БЕЖАНЦАМ У ГРОДЗЕНСКАЙ ГУБЕРНІ Ў ПАЧАТКОВЫ ПЕРЫЯД ПЕРШАЙ СУСВЕТНАЙ ВАЙНЫ (1914 –1915 гг.)	
Лаппо Н.В., Глушанко В.С., Матюшко А.В.	250
ИСТОРИКО-ИННОВАЦИОННАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО И ИНФОРМАЦИОННОГО КАБИНЕТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	
Латышева В. А.	255
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДУШЕВНОБОЛЬНЫМ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ (НА ПРИМЕРЕ ВИТЕБСКОЙ ГУБЕРНИИ)	
Лелевич С.В.	258
ОПИЙНАЯ НАРКОМАНИЯ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА	
Липский В.И., Молчан А.М., Вальчук А.Э.	261
ИЗ ИСТОРИИ ГОСПИТАЛЯ ИНВАЛИДОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ИМЕНИ П.М. МАШЕРОВА	
Лосенок С.А., Коломоец И.И., Котельникова Л.В., Наседкин Д.С., Квачахия Л.Л., Кобзарева Е.В., Мещерякова Г.В.	264
ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Луцкая И.К.	268
ЛИСТАЯ ПОЖЕЛТЕВШИЕ СТРАНИЦЫ	

<i>Луцкая И.К., Ковецкая Е.Е., Андреева В.А., Денисов Л.А.</i>	271
СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ	
<i>Маль Г.С., Кувшинова Ю.А.</i>	274
МИХАИЛ ДАВЫДОВИЧ МАШКОВСКИЙ – ИМЯ ОВЕЯННОЕ ЛЕГЕНДОЙ. НАУЧНЫЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЛОГИИ	
<i>Мамайко Д.М.</i>	276
КРАТКИЙ ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ АКУШЕРСКИХ ЦИПЦОВ	
<i>Маргунская В.А.</i>	279
ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ БГМУ	
<i>Маслѣнкина О.В., Шульга З.П.</i>	281
ИСТОРИЯ АПТЕЧНОГО ДЕЛА НЕСВИЖСКОГО РАЙОНА	
<i>Матвейчик Т.В., Пецевич-Щенсна Г.Е.</i>	284
ВРАЧЕВАНИЕ МИЛОСЕРДИЕМ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Михалюк С.Ф.</i>	288
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ БЕЛОРУССИИ В НАЧАЛЕ XX ВЕКА	
<i>Мишаева Н.П., Азарова И.А., Цвирко Л.С., Горбунов В.А.</i>	291
ИТОГИ ИЗУЧЕНИЯ БЕШЕНСТВА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ЗА 100-летний ПЕРИОД (1909-2009 гг.)	
<i>Мощик К.В., Дорошевич В.И., Самохин Д.А.</i>	295
ПИТАНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ БРИТАНСКОЙ И РУССКОЙ АРМИЙ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
<i>Наумов И.А.</i>	298
МУЗЕЙ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ В БЕЛОСТОКЕ	
<i>Наумчик И.В., Ершова-Павлова А.А., Гусина Н.Б., Прибушения О.В., Лазюк Г.И., Вильчук К.У.</i>	301
ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ	
<i>Огренич Н.А., Малышко М.А.</i>	305
МОНАСТЫРСКАЯ ФИТОТЕРАПИЯ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ	
<i>Островский А.М.</i>	306
ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПРИЧИН СЛЕПОТЫ И ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В БЕЛАРУСИ	
<i>Панулина Н.И.¹, Кеда А.К.²</i>	309
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧАУССКОГО РАЙОНА	
<i>Петрище Т.Л.</i>	312
СОТРУДНИЧЕСТВО СССР И ГЕРМАНИИ В ОБЛАСТИ ФАРМАЦИИ В 20-е ГОДЫ XX ВЕКА	
<i>Петрище Т.Л., Кирилюк А.А.</i>	314
К ВОПРОСУ ОБ ИСТОРИИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ: ИННОВАЦИОННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ/СПИД (1998-2013 гг.)	

Петров В.И., Кралько А.А.	317
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ КАК ПРИКЛАДНОЙ НАУКИ	
Петров В.И., Кралько А.А.	322
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА: ОТ ДРЕВНОСТИ ДО НАШИХ ДНЕЙ	
Петрова Н.П., Шаршакова Т.М.	327
МУЗЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ НРАВСТВЕННЫХ КАЧЕСТВ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ	
Пичугина Л.В.	329
ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОЖАРНЫХ В РОССИИ	
Плоцкі А.Р.	331
ДИСЕРТАЦЫЙНЫЯ ПРАЦЫ СУПРАЦОЎНІКАЎ ГРОДЗЕНСКАГА ДЗЯРЖАЎНАГА МЕДЫЦЫНСКАГА ЎНІВЕРСІТЭТА, ПРЫСВЕЧАНЫЯ ВЫВУЧЭННЮ НАРОЖДАННЫХ ПАРОКАЎ РАЗВІЦЦА	
Поддубный М.В.	334
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБЩИНЫ СВЯТОЙ ЕВГЕНИИ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Поземковска М.	337
ПОГУЛЯНКА СТО ЛЕТ НАЗАД	
Помалейко О.Л.	339
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ БЕЛАРУСИ В 1904–1914 гг.	
Попова С.А.	342
ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ	
Пуртов А.В.	345
МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ РЕКРУТОВ В ВИТЕБСКОЙ ГУБЕРНИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА	
Романовский И.В., Ринейская О.Н.	348
РОЛЬ И МЕСТО КАФЕДРЫ БИООРГАНИЧЕСКОЙ ХИМИИ БГМУ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ	
Рудая С.П., Гамалея В.Н.	352
ХАРЬКОВСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ВО ВРЕМЕНА ВОЕННЫХ ИСПЫТАНИЙ (КОНЕЦ XIX - НАЧАЛО XX в.)	
Самохин Д.А., Мощик К.В., Ширко Д.И.	354
ПРОТИВОХИМИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ВОЙСК В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Селезнев¹ В.В., Микуцкий² Н.С., Островский¹ Ю.П.	357
К 55-ЛЕТИЮ БЕЛОРУССКОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ	

Сергеева М.С.	362
ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Солонец Г.В.	366
ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ САНИТАРНОГО ДЕЛА В БЕЛАРУСИ	
Соколова Т.Н., Горецкая М.В.	369
ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ МИКРОБИОЛОГИИ, ВИРУСОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ ИМЕНИ С.И. ГЕЛЬБЕРГА	
Сороко Е.И.	373
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕХНОЛОГИЙ БОЛЬНИЧНОГО ХОЗЯЙСТВА И ОХРАНЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ИСТОРИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	
Сосонкина В.Ф.	377
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В МИНСКЕ И МИНСКОЙ ГУБЕРНИИ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Сосонкина В.Ф., Гончарова Е.Н.	381
О СОХРАНЕНИИ ИСТОРИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ ОБ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ФАРМАЦИИ	
Сосонкина В.Ф.	383
ЗИНОВИЙ ЗИНОВЬЕВИЧ МИХЕЛЬСОН – ОРГАНИЗАТОР ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА НА МОГИЛЕВЩИНЕ, ГОМЕЛЬЩИНЕ И ПИНЩИНЕ, УЧАСТНИК ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ МИРОВЫХ ВОЙН	
Строев Ю.И., Чурилов Л.П.	386
ВОЙНЫ И СУДЬБА ДИНАСТИИ МЕДИКОВ ОППЕЛЕЙ В РОССИИ	
Суконко О.Г.¹, Моисеев П.И.¹, Машевский А.А.¹, Петрова С.А.¹, Шитиков Б.Д.¹, Океанов А. Е.¹, Адуцкевич Е.А.², Тищенко Е.М.³	389
ОНКОЛОГИЯ В БЕЛАРУСИ: XX ВЕК И СОВРЕМЕННОСТЬ	
Суконко О.Г.¹, Моисеев П.И.¹, Машевский А.А.¹, Адуцкевич Е.А.², Тищенко Е.М.³	394
КАК ЭТО БЫЛО: ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СТАНОВЛЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ	
Сухоцкая Е.Н., Ермантович Е.И.	397
К 100-ЛЕТИЮ АПТЕКИ №1 г.ГРОДНО	
Сушко М.М., Беднякова Н.И.	400
ИЗ ИСТОРИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ	
Терехов В.И.	403
45-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «4-Я ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ Н.Е. САВЧЕНКО»	

Тищенко Е.М.	407
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БЕЛАРУСИ НАКАНУНЕ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Тищенко Е.М., Игнатович Ф.И.	412
В.Ч. БРЖЕСКИЙ: ВРАЧ, УЧЕНЫЙ, ПЕДАГОГ И ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ	
Третьякевич В.К.	416
РАЗВИТИЕ КОММЕРЧЕСКИХ АПТЕК В ГРОДНО	
Троянов А.А., Чернов В.А., Торопилов Д.М., Терехов В.И.	418
НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ: к 55 – летию 4-ой ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ имени Н.Е. САВЧЕНКО	
Трусь Е.И.	422
МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ-ЛАУРЕАТЫ МЕДАЛИ ФЛОRENС НАЙТИНГЕЙЛ	
Федосов П.С.	425
СТАНОВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ: ОПЫТ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Холамов А. И., Ишутин О. С.	429
ВКЛАД ВОЕННЫХ МЕДИКОВ В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ БЕЛАРУСИ	
Челпанов В.К., Клеткина О.С.	432
ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ВЕКОВОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ (1850–1950-Е ГОДЫ)	
Чечков О.В.	436
ИСТОРИЧЕСКИЕ ИСТОЧНИКИ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ ТЮРЬМЫ г. ГРОДНО	
Чурилов Л.П., Строев Ю.И.	439
РОЛЬ ПЕТЕРБУРГСКИХ МЕДИКОВ В УЧЕНИИ ОБ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ (К 130-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА С.С. ХАЛАТОВА)	
Чухрай И.Г., Марченко Е.И.	442
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ДИСЦИПЛИНАМ	
Чухрай И.Г., Марченко Е.И.	445
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИИ	
Шаршакова Т.М., Петрова Н.П.	448
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	
Шевчук И.В., Липская Л.П.	452
АБОРТ: ИСТОРИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	
Шерстнева Е.В.	455
ПРОБЛЕМА РЕФОРМИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА В ТРУДАХ XI ПИРОГОВСКОГО СЪЕЗДА (1910)	

Шмаков А.П., Питкевич А.Э., Зуев Н.Н., Кузьменко Т.В.	458
СУДЬБА РАНЕНЫХ НА ПОЛЯХ СРАЖЕНИЙ 1812 - 1815 гг.	
Шостаков В.А.	461
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ОТ ДРЕВНОСТИ ДО НАШИХ ДНЕЙ	
Шумин Н.С.	464
ИСТОКИ ЗУБОВРАЧЕБНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ	
Шумин Н.С.	468
ПОДВИГ ВРАЧЕЙ ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ ТИФА В БОБРУЙСКОМ ЛАГЕРЕ ДЛЯ ВОЕННОПЛЕННЫХ (1919-1920)	
¹Щавелева М.В., ²Глинская Т.Н.	470
ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН: 2002 – 2011 ГОДЫ	
Юдина Н.А., Азаренко В.И., Кавецкий В.П.	472
ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ СТОМАТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
Ярашэвіч С.П., Дзянісаў С.Д., Кутас В.А.	476
ПЕРШАЯ НАВУКОВАЯ БЕЛАРУСКАЯ АНАТАМІЧНАЯ ТЭРМІНАЛОГІЯ І ЯЕ СТВАРАЛЬНІКІ	
Duplenko Iu.K.	478
ETHIC CONCEPTIONS' DEVELOPMENT IN THE SYSTEM HUMAN-ENVIRONMENT	
Gutkowski P.	480
HISTORIA DZIAŁALNOŚCI GRUPY ROBOCZEJ PL-UA-BY POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHOROÓB PŁUC W ROKU 2013	
Zawadowicz B.	482
„ДОКТОР ВЛАДЫСЛАВ БІЕГАЊСКИ - ЧЭЎСТОХОВІАНІН СТУЛЕЦІА - ПАТРОН ВСПÓЛЧЭСНЫХ ЛЕКАРЗЫ”	
Misiak A., Nowak-Misiak M.	487
МЕДЫЦЫНА В КРЭГУ ПОЧЗОБУТÓВ WITEBSKICH	
Nowak-Misiak M., Misiak A.	490
ЛЕКАРЗ З РАКОВА – ОBYWATEЛ KRESÓW	

Репозиторий ГрГМУ

Научное издание

Международная
научно-практическая конференция
«Медицина на рубеже веков:
к 100-летию Первой мировой войны»

Сборник материалов

Ответственный за выпуск: В.В. Зинчук.

Компьютерная верстка: С.В. Петрушина

Подписано в печать 01.10.2014.

Формат 60x84/16. Печать офсетная.

Гарнитура Times New Roman. Печать RISO.

Усл. печ. л. 29,29. Уч.-изд. л. 31,36. Тираж 20 экз. Заказ 171.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет».

ЛП № 02330/445 от 18.12.2013.

Ул. Горького, 80, 230009, Гродно