

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

**12-я МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Сборник материалов

Гродно
ГрГМУ
2012

УДК 61 (091) + 615.1 + 614.253.5] : 005.745 (06)
ББК 5 г я 431 +52.8 я 431 + 51.1 (2 Бел) п я 431
Д 23

Рекомендовано к изданию Редакционно-издательским советом
УО «ГрГМУ» (протокол №11 от 18.06.2012).

Редакционная коллегия: Э.А.Вальчук (отв. ред.),
В.И.Иванова,
Т.Г.Светлович,
В.Ф.Сосонкина,
Е.М.Тищенко (отв. ред.),
В.А. Филонюк.

Рецензенты: И.В.Малахова, канд. мед. наук, доц., зам. директора
по научной работе РНПЦ медицинских технологий, ин-
форматизации,
управления и экономики здравоохранения;
С.А.Ситкевич, канд. ист. наук, доц., зав. каф.
гуманитарных наук УО «ГрГМУ».

12-я международная научно-практическая конференция по
Д 23 истории медицины и фармации : сборник материалов / Ред.
колл.: Э.А.Вальчук (отв. ред.), Е.М.Тищенко (отв. ред.) и др. –
Гродно : ГрГМУ, 2012. – 364 с.
ISBN 978-985-558-072-1

Сборник материалов конференции содержит более 100 статей, посвя-
щенных проблемам истории здравоохранения (история здравоохранения регио-
нов, история организации медицинской помощи в разные периоды, история
формирования медицинских служб и т.д.), история медицинской науки, история
сестринского дела, история стоматологии, история военной медицины, история
медицинского образования. Статьи подготовлены учеными, врачами, фарма-
цевтами, медицинскими сестрами, преподавателями из Беларуси, России, Ук-
раины, Литвы, Латвии, Польши, США. Сборник предназначен для медицинских
сестер, фармацевтов, врачей, студентов.

УДК 61 (091) + 615.1 + 614.253.5] : 005.745 (06)
ББК 5 г я 431 +52.8 я 431 + 51.1 (2 Бел) п я 431

ISBN 978-985-558-072-1

© УО «ГрГМУ», 2012

ИСТОРИЯ ФИТОТЕРАПИИ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В БЕЛАРУСИ

Авхукова М. А., Баранова О.А

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Эмпирическая медицина возникла ещё в глубокой древности. Не зная современных препаратов, технологий, методик, люди старались избавить себя от различных недугов. Следует предположить, что одним из основных методов лечения было использование целебных растений.

Среди великих врачей древности, которые использовали растения с лечебной целью, был Гиппократ, описавший более 235 растений с последующим их применением. Авицена указал в «Каноне врачебной науки» более 700 растений с последующим их применением.

В Древней Руси людей лечивших называли «чаровниками», «волхвитами», «ворожбитами». Лекарь был синонимом со словом «травник» (в словарях XVI века).

Сохранились и сведения из травников средневековья. Оригинал травника XV-XVI вв. Симона Сирениуса хранится в Вильнюсском университете.

Врач Франциск Скорина пользовался в лечении больных лекарственными растениями, гравюры его книг украшены изображениями лекарственных растений.

В XVI веке начинают создавать аптекарские огороды. Бичом того времени на территории Беларуси были пиодермия, гангрена («адамов огонь»). Находчивые славяне орошали поверхности ран сорокоградусным настоем шиповника. Экстракт шиповника использовался и в России, он входил в состав «патоки аскорбиновой». А березовый сок славяне использовали при мокнутиях, экземах.

Немалый вклад в изучение лекарственных растений вносили экспедиции для заготовки шиповника, солодки, ревеня, чистотела, подорожника, организованные грамотными людьми края.

XVIII век ознаменовал себя созданием Гродненской медицинской академии, созданной под руководством Жилибера, уроженца Лиона (Франция), приехавшего по приглашению в ВКЛ для создания высшего учебного заведения для врачей. Жилибер не только руководил академией, он изучал местную флору, создавал гербарии, описывал свои труды, в последующем создал книгу.

До XIX века золотуху или коросту лечили протиозолотушными средствами, на основе трав. Причём считалось, что золотуха имеет не только инфекционную, но и аллергическую природу.

Для развития дерматовенерологии важную роль сыграло создание кафедры кожных болезней в медицинском университете. Руководил кафедрой проф. Мранговичус, в дальнейшем его преемником стал Андрей Яковлевич Прокопчук.

Многие работники кафедры интересовались применением лекарственных растений в своей практике. Лейкин занимался разработками по использованию горчицы в лечении псориаза. Сосновский и Барановский изучали влияние алоэ на течение псориаза. Райцина описала и успешно применяла березовые почки в лечении экземы.

Из богатейшего научного наследия прошлого могут быть почерпнуты забытые сведения, полезные для современной науки.

ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ Э.ОЖЕШКО

Авхукова М.А., Корсун Е.В.

Институт фитотерапии (Москва, Россия)

2011 год был посвящён 170-летию со дня рождения писательницы Элизы Ожешко. Родилась она на Гродненщине и воспела в своих произведениях богатую природу и трудолюбивых жителей Принеманья: белорусов, евреев, поляков. Произведения Э. Ожешко - это подлинная энциклопедия народной жизни, нравов, обычаев, обрядов, национальной кухни, рецептов народной традиционной медицины, местных топонимов и названий растений, преданий и многих других проявлений материальной и духовной культуры.

Творчество польской писательницы принадлежит не только польскому народу. Это всемирное наследие, причём в значительной степени оно является достоянием белорусской культуры и литературы, в тот период вызревавшей в польской и русской интеллектуальной среде.

В своих бессмертных произведениях она воспела землю Белой Руси и её жителей, она сполна отдала своим предкам, и всему белорусскому народу дань уважения его традициям, самобытной культуре и великой истории.

В 1887 г. Э. Ожешко печатает в журнале «Тыгодник иллюстрированы» один из самых лучших своих романов «Над Неманом», в котором даётся широкая эпическая картина жизни польской шляхты наднеманских земель. В романе представлены значительные данные о сборе лекарственных растений, их описании и применении в быту. Особый интерес проявляла Э.Ожешко к местным растениям «забытым через науку или вообще неизвестным». Ею было собрано и систематизировано более 400 образцов, из которых она готовила гербарии, а в особых тетрадках записывала их названия на белорусском и польском языках. Сначала это было познание природного богатства края, затем оно переросло в творческое изучение и подробное описание их видового разнообразия, условий обитания и полезных свойств.

Со временем это увлечение приобрело этнографический и экологический характер, что нашло отражение не только в романе «Над Неманом», но и в повестях «Хам», «Дзюрдзи» и др. При описании жизни местных крестьян она уделяла много внимания фольклору, обычаям и верованиям, связанным с растениями. Писательница подробно описывала, как растения используются не только в домашнем хозяйстве, но и при лечении больных, гадании и колдовстве.

Собранный на протяжении ряда лет Э. Ожешко гербарий включает более 280 растений и в настоящее время хранится в Познани. Каждое из этих растений собрано в ряде районов Гродненского уезда и имеет белорусское, польское и латинское название. В настоящее время этот гербарий подробно описан и систематизирован польским исследователем А. Киелак, что послужило в дальнейшем её магистерской диссертацией.

Многие из растений, представленных в гербарии, подробно описаны Э. Ожешко в серии статей под общим названием «Люди и цветы над Неманом» и опубликованы в журнале «Висла» в 1888–1891 гг. По оценке польских специалистов (Г. Борковская, Е.Каминская, А. Киелак), эти публикации имеют не только медико-биологическое значение, но и содержат ценные сведения по антропологии, флористике и экологии.

Нас больше интересуют те сведения в произведениях Э. Ожешко, которые касаются описаний лечебных свойств лекарственных трав. Писательница получала эти знания из доступной отечественной и зарубежной литературы, от окружающих её врачей и крестьянок-целительниц. Общую оценку этим знаниям и их практической ценности дала в своей диссертации А. Киелак. Проведя фармакогностический анализ гербария писательницы и её ряда публикаций в журнале «Висла», она выделила 5 групп лекарственных растений, применявшихся в народе с лечебной целью. В первую очередь это касается растений, помогающих при головной боли (5 названий), при болезнях кожи и глаз (7 названий), при расстройстве питания (4), при женских заболеваниях (4) и при простудных болезнях (6). В отдельную группу были выделены 8 названий расте-

ний, использующихся в качестве общеукрепляющих средств и при магических воздействиях (колдовстве).

В частности, для купирования головной боли в народе использовалась трава белены; при ревматизме – трава чернобыльник; при стенокардии – корень валерианы. Болезни кожи (экзема, микозы) лечились жимолостью, плющем и фиалкой, что не потеряло своего значения и в настоящее время (В.Ф. Корсун, А.А. Корсун, 1977). При лечении болезней половых органов нередко использовался стрелолист обыкновенный (алисма, частуха подорожниковая). Это растение и сейчас считается одним из эффективных мочегонных и противовоспалительных средств для лечения и предупреждения развития инфекционных заболеваний мочеполовой системы (В.Ф. Корсун, А.П. Суворов, Е.В. Корсун, 2011). Следует отметить, что нередко одно и то же растение применялось в соседних деревнях для лечения различных заболеваний. Для магических целей писательница ссылалась на использование травы и корней копытника (копытень европейский) и барлинек (барвинок малый).

Многие из выявленных и описанных Э.Ожешко растений со временем стали большой редкостью и нуждаются в охране. По данным А.Киелак, в Красной книге Польши за 1947 г. 8 из 280 растений считались уже редкими и были включены в список охраняемых. В последней редакции «Красной книги» Беларуси число их вдвое больше.

Таким образом, приведенные данные указывают, что писательница Э.Ожешко в своих эпических произведениях внесла определенный вклад в развитие ботаники, фитоэкологии и традиционной медицины Белоруссии и Польши.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Алексеев С.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

История кафедры общей хирургии – одной из старейших хирургических клиник среди ВУЗов Республики Беларусь, начинается с момента открытия при БГУ медицинского факультета в 1922 г., насчитывает более 88 лет (с 1930 г. – Минского медицинского института) и тесно связана с 3-й городской клинической больницей им. Е.В. Клумова (ранее 1-й Советской больницей), имеющей более чем 180-летнюю историю.

За более чем 88-летний период работы на кафедре общей хирургии защищены 12 докторских и 58 кандидатских диссертаций по хирургии. Опубликовано 33 монографии, 6 учебников, более 2000 журнальных статей. Получили аттестаты 33 профессора и доцента, окончили аспирантуру более 40 человек. В практическое здравоохранение внедрено 62 изобретения; прооперировано более 200 тысяч пациентов с разноплановой хирургической патологией. Ежегодно коллективом кафедры выполняется более 15 тысяч консультаций.

На кафедре преподаются общая хирургия студентам III курса лечебного, педиатрического, военно-медицинского и медицинского (иностранных учащихся) факультетов, хирургические болезни – студентам III курса стоматологического и III – IV курсов медико-профилактического факультетов, а также основы ухода за больными студентам II курса лечебного факультета.

Летопись кафедры напрямую связана с деятельностью ее заведующих на протяжении всей ее истории.

Профессор Михаил Павлович Соколовский. Заведующий кафедрой с 1922 по 1924 гг.). В июне месяце 1922 года под руководством профессора Михаила Павловича Соколовского началось формирование кафедры общей хирургии Белгосуниверситета. Первая кафедра хирургического профиля размещалась на базе 1-й, в последующем 3 клинической больницы. Михаил Павлович Соколовский прибыл из Смоленского Университета и энергично приступил к формированию работы кафедры. Соколовский М.П. прекрасно и грамотно читал лекции по общей хирургии, оперативной хирургии, стома-

тологии. Не только работники кафедры и студенты, но многие практические врачи присутствовали на лекциях. Первая резекция желудка при осложненной язве была выполнена в клинике Соколовским М.П., донором была санитарка клиники. В клинике много внимания уделялось больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости, разработаны методы лечения костного туберкулеза. В клиническую практику внедрена операция при водянке мозга. В 1932 году М.П. Соколовский написал и издал первый учебник по оперативной хирургии в Белоруссии. В клинике работали: Шапиро М.Н., Иргер Ю.М., Мангейм А.Е., заведующий отделением Клумов Е.В. За период работы в Белоруссии профессор Соколовский М.П. подготовил 7 докторов, 8 кандидатов медицинских наук, большое количество практических врачей-хирургов. Соколовский М.П. работал первым деканом лечебного факультета мединститута. Соколовский М.П. явился основоположником развития клинической, экспериментальной и практической хирургии в Белоруссии. М.П. Соколовский был первым организатором 1 съезда хирургов, гинекологов 12 мая 1929 года, где выступил с программным докладом о костно-суставном туберкулезе.

Вторым заведующим кафедрой общей хирургии работал профессор Савелий Миронович Рубашов, который прибыл из Ленинграда в 1924 году. Вопросы диагностики, лечения огнестрельных ран, урологических больных, острого аппендицита занимали основное место в работе клиники. Вопросы обезболивания при операциях, поведения в предоперационной и перевязочной, оказания помощи грыженосителям получили освещение в монографиях. В 1932 г. была написана и издана первая книга для хирургов Белоруссии "Клінічна хірургія". Под руководством профессора Рубашова С.М. выполнено и защищено за все годы - 7 докторских и 19 кандидатских диссертаций. Он был избран первым председателем хирургического общества Белоруссии. Рубашову С.М. первому было присвоено звание - заслуженный деятель науки республики. В те годы на кафедре работали: доценты Е.В. Корчиц, А.А. Маневич, ассистенты И.М. Перельман, М.И. Сорока, П.В. Тремпович, Ю.М. Иргер.

Профессор Евгений Витольдович Корчиц (1880 – 1950). Заведующий кафедрой общей и оперативной хирургии (1927 – 1932 гг.). В 1927 году Евгений Витольдович Корчиц первый защитил докторскую диссертацию и после отъезда Рубашова С.М. до 1932 года работал заведующим кафедрой общей и оперативной хирургии. Под его руководством в клинике начато изучение онкологической патологии, оказание помощи больным при спленомегалии, туберкулезе легких, широкое применение операций при эндемическом зобе и организована противозобная станция в г. Минске, онкологические пункты во всех городах Белоруссии. Корчиц Е.В. в числе первых был избран членом-корреспондентом Белорусской Академии Наук. В те годы на кафедре работали: доценты А.А. Маневич, М.Н. Шапиро, ассистенты И.М. Перельман, В.В. Бабук, П.В. Тремпович, М.И. Сорока, И.А. Бирилло.

С 1932 по 1934 год кафедрой общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, заведовал Лисицын Михаил Семенович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РСФСР. Ученик профессоров В.А.Оппеля и В.Н.Шевкуненко он работал над проблемами общей и военно-полевой хирургии, топографической анатомии. Автор более 100 научных работ. За все время трудовой деятельности под его руководством выполнено более 30 докторских и кандидатских диссертаций. Умер в 1961г., похоронен в Ленинграде.

С 1934 по 1937 г. кафедрой общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии МГМИ руководил Иргер Юлий Маркович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки. Круг его научных интересов был весьма широк. Инициатор открытия в клинике самостоятельного урологического отделения в 1927 г. Активно изучал вопросы гемотрансфузиологии (консервирование и переливание крови), оказания экстренной урологической помощи; автор более 80 научных работ.

Профессор Владимир Викентьевич Бабук. Заведующий кафедрой общей хирургии (1937 – 1941 гг.) и (1943 – 1949 гг.). Основной проблемой научных исследований было изучение травматического шока, разработка методов борьбы с острой кровопотерей, обоснование метода переливания трупной крови, внутриартериальное нагнетание крови с целью оживления больного. Проблема раневой инфекции, профилактика и

лечение ран занимают значительное место в работе коллектива. В этот период защищены кандидатские диссертации: Берман Э.Ш., Бирилло А.И., Маневич М.А., Школьников Л.Г., Эпштейн С.Я., Злотник Е.И., Пехович И.Л., Голубцов М.О., Адзерихо Л.И., Борель А.Я., Пузанова А.Н. В клинике начато лечение больных с ожоговой болезнью. Были защищены 2 докторские и 22 кандидатские диссертации. Профессор Бабук В.В. был директором института усовершенствования врачей, председателем ученого медицинского совета Министерства здравоохранения республики, председателем Республиканского общества хирургов. Бабуку В.В. было присвоено почетное звание - Заслуженный деятель науки Белоруссии.

В 1949-1955 гг. кафедру общей хирургии возглавил профессор Петр Николаевич Маслов. Хирургическое мастерство воспитанника школы Герцена П.А., Спасокукоцкого С.И., Вишневского А.В. во всю ширь раскрылось в Белоруссии. Клиника широко внедряет операции на легких, органах брюшной полости, щитовидной железе, конечностях, пищеводе, сердце, органах мочевыделительной системы, онкологии, желчно-каменной болезни, остром холецистите, аппендиците, кишечной непроходимости. Уделяется много внимания подготовке врачей, ординаторов, аспирантов: Базылева П.И., Лайков А.Г., Приступа В.В., Филипович Н.Е., Шотт А.В., Ратобыльский А.А., Скриган М.М., Короткевич Т.П., Демешкевич П.М., Астапенко В.Г., Артишевский Л.И., Лабоцкий Н.И. и др. учились мастерству у профессора Маслова П.Н. и его помощников: доцентов Бобрика Н.И., Греймана А.А., Лапидус Р.И., ассистентов: Борель А.Я., Пузанова А.Н., Эпштейн С.Я., Шуба А.И., Тайц Ю.К., Лукерчик Л.О. Профессор Маслов П.Н. подготовил 30 грамотных практических хирургов, 3 доктора медицинских и 32 кандидата наук, взрастил 10 доцентов, воспитал 23 аспиранта, опубликовал 2 монографии и 68 научных работ. Работая председателем общества хирургов, в деканате мединститута пользовался огромным авторитетом у студентов, врачей, преподавателей. П.Н.Маслову присвоено почетное звание - заслуженный деятель науки Белоруссии. Он награжден орденом Ленина.

В 1955-1956 гг. заведующим кафедрой общей хирургии работал доцент Николай Иванович Бобрик. Он был первым директором онкологического диспансера, главным онкологом МЗ БССР.

Продолжал славные традиции в работе своих учителей: профессора Соколовского М.П., Корчица Е.В., Бабука В.В., Маслова П.Н. Большое внимание уделял, наряду с онкопатологией, неотложной и разноплановой хирургии ЖКТ. Заслуженный врач БССР много сделал для врачей, больных, был любимцем студентов.

Сотрудниками кафедры того периода были: доценты А.Я. Борель, Р.И. Лапидус; ассистенты: А.Н. Пузанова, А.С. Костюк, А.А. Ратобыльский, В.С. Семенов, О.В. Юренок; аспиранты Л.И. Артишевский, Н.И. Лабоцкий. Внезапная болезнь в 1956 году не дала раскрыть все дарования этого замечательного человека и хирурга.

В 1956-1957 гг. руководителем кафедры общей хирургии был доцент Грейман Александр Абрамович. Кандидат медицинских наук, доцент. Основоположник хирургической отечественной эндокринологии; активно занимался вопросами профилактики и лечения эндемического зоба. Далее в 1960 г. защитил докторскую диссертацию и с 1961 г. возглавлял 2-ю кафедру госпитальной хирургии МГМИ (в 1960 г. присвоено ученое звание профессора). Сотрудниками кафедры того времени были: доцент А.Я. Борель; ассистенты С.Я. Эпштейн, А.Н. Пузанова, О.В. Юренок, А.А. Ратобыльский, А.С. Костюк, Л.И. Артишевский; клинические ординаторы И.Г. Бергер, С.П. Гребенчук, Л.А. Юрис, И.И. Полубисок.

В 1957-1959 гг. заведующим кафедрой общей хирургии работал заслуженный деятель науки РСФСР - профессор Ровнов Алексей Сергеевич. Он много уделял внимания вопросам переливания крови, лечению больных с ожоговой болезнью, повреждениями органов брюшной и грудной полости, повреждениями сердца. Около 30 работ он посвятил вопросам течения, лечения ран, сочетанных с воздействием радиации и химических отравляющих веществ, он опубликовал руководство для военных врачей по лечению обожженных. Ровнов А.С. был крупным организатором и расширил клиническую базу с 65 коек до 90. Много уделял внимания подготовке хирургов. Защитили кандидатские диссертации: Артишевский Л.И., Клявзуник И.З., Булай П.И., Кот А.И., Лабоцкий Н.И., вырастил ординаторов: Инина Л.П., Соколовскую И.И., Бушкевич В.И.,

Дробеня С.Ф. В 1959 г. избран зам. директора Института грудной хирургии АМН СССР, где и проработал оставшиеся годы.

В 1960-1970 гг. коллектив кафедры общей хирургии возглавил заслуженный деятель науки УССР - профессор Гнилорыбов Тимофей Еремеевич - воспитанник школы Тихова-Богораза, основой которой были вопросы пластической хирургии и органосохраняющих операций. Любая операция была по плечу этому хирургу. Пересадка органов, тканей, желез внутренней секреции занимала особое место в работе клиники. Работа по пересадке костного мозга на ВДНХ СССР оценена бронзовой медалью. Очень много внимания уделял подготовке хирургов не только через аспирантуру и ординатуру, но и из числа практических врачей: Гришин И.Н., Zubovich В.И., Казаченок В.М., Никифоров А.Н., Мицура И.Д., Щетинин Н.Н., Тищенко В.Г., Асаенко И.С., Батвинков Н.И., Дорофеев В.М., Барташевич В.Б., Сатишур Е.А., Снытко В.В., Юрис Л.А., Полубисок И.И., Кривонос В.К., Беляев Е.И., Битюк М.А., Каплин В.Н., Семенов В.С., Сяпич П.И., Мадорский И.Л., Токарь Ю.К. и многие другие, большинство из них защитили кандидатские диссертации, а 3 диссертанта - докторские под руководством профессора Гнилорыбова Т.Е.

За все годы своей работы на Украине и Белоруссии он вырастил 11 докторов, 39 кандидатов медицинских наук, опубликовал 4 монографии и 250 научных работ по актуальным вопросам хирургии. Клиника получила в 1967 году новый корпус и расширилась до 180 коек.

В 1970-1978 гг. - и.о. и заведующим кафедрой общей хирургии работал доцент Артишевский Л.И. Он продолжал традиции П.Н. Маслова, Н.И. Бобрика, А.А. Греймана, А.С. Ровнова, Т.Е. Гнилорыбова по подготовке врачей, аспирантов, ординаторов, соблюдал преемственность в работе коллектива. За период работы Артишевского Л.И. подготовили и защитили докторские диссертации: Ковалев Д.Н., Шорох Г.П., сдала к защите доцент Гусева Л.Н. Защитили кандидатские диссертации: Ковалев Д.Н., Зайцев Л.А., Сатишур Е.А., Нарейко А.А., через аспирантуру и ординатуру подготовлены: Николаев Н.Е., Минюк Е.А., Шкут Н.С., Паруль А.В., Герасимов В.В., Мариевский М.Ф., Солодуха Г.С. За организацию специализированных, амбулаторных приемов обожженных больных доцент Артишевский Л.И., Булай П.И., Демидчик Е.П. награждены бронзовой медалью ВДНХ СССР - 1974 г.

В 1978-1990 гг. заведующим кафедрой общей хирургии был избран профессор Бородин Иван Фомич. Участник ВОВ, награжден боевыми правительственными наградами. После защиты в 1973 г. докторской диссертации заведовал кафедрой оперативной хирургии МГМИ до 1978 г., с 1978 г. – кафедрой общей хирургии.

Вопросы желудочно-кишечной патологии, разработка методов пластики рецидивных вентральных грыж, экстренная помощь, вопросы оказания помощи проктологическим больным занимали ведущее место в научных исследованиях и работе коллектива кафедры. Подготовили и защитили кандидатские диссертации: Николаев Н.Е., Орлянская В.Ф., Скобей Е.В., Сай, Кейта, Ауни, Акулик В.П., Воинов А.И., Кремень В.Е., подготовлены хирурги: Полевечко Н.В., Кушель В.И., Макаревич Т.К., Русаков В.А., Гуринович А.В., Антиперович О.Ф. и др. Профессор И.Ф. Бородин - автор 163 научных работ, в т.ч. 2 монографий, 2 изобретений, 21 рацпредложение.

С 1990 г. кафедрой общей хирургии заведовал доктор медицинских наук, профессор Рычагов Григорий Петрович, ученик академиков Ф.Г. Углова и Х.Х. Мансурова. Активно разрабатывал проблемы хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии, общей, неотложной и гнойной хирургии, вопросы малоинвазивных и органосохраняющих операций. За это время на базе 3-й клиники организован Республиканский центр хирургической гастроэнтерологии, Республиканский центр колопроктологии, городской центр остеомиелитов.

Под его руководством защищены 14 кандидатских диссертаций (И.В. Сычиков, Б.Г. Деревцов, В.К. Тихон, Н.Н. Дорох, О.Ф. Антиперович, В.К. Тоестев, И.Л. Бирик, А.В. Зеленко, Н.Ф. Сивец, А.Л. Бородинец, И.Д. Семенчук, Н.Я. Бовтюк, А.М. Голуб, П.А. Левченко). Руководит подготовкой 1 докторской и 4-х кандидатских диссертаций.

Подготовил 11 доцентов и более 30 клинических ординаторов, а также подготовлена школа профессиональных хирургов-гастроэнтерологов.

Опубликовано 4 монографии, 4 учебных и 6 учебно-методических пособия,

учебник общей хирургии для студентов Мед ВУЗов, 1 аннотационный справочник, 3 сборника статей.

Получено 13 патентов на изобретения, 7 рацпредложений, более 400 научных работ в отечественной и зарубежной печати.

Профессор Сергей Алексеевич Алексеев. Заведующий кафедрой общей хирургии с 01.09.2009 г. Доктор медицинских наук, профессор, лауреат премии НАН Беларуси (2007 г.), отличник здравоохранения (2009 г.).

Автор более 270 научных работ, из которых 12 монографий и практических руководств для врачей, соавтор учебника и учебного пособия для студентов ВУЗов, 2 сборников трудов и лекций, 21 учебно-методического пособия, 17 изобретений и 35 рацпредложений.

Действительный член (Академик) Академии Военных Наук (РФ), Академии Проблем Безопасности Обороны и Правопорядка (РФ), член-корр. БИА, член общего Собрания НАН Беларуси.

ИСТОРИЯ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 2 г. ГРОДНО – ОТ ПОСЛЕВОЕННОГО ЗДАНИЯ МОНАСТЫРЯ ДО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Андреевский А.С., Бородулина Л.П.

УЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно»

После освобождения г. Гродно от немецко-фашистских захватчиков в августе 1944 г. принимается решение об открытии в разрушенном войной Гродно 2-й городской больницы, которая разместилась в здании Францисканского монастыря на левом берегу Немана.

Больница, мощностью 100 коек, имела в составе 2 отделения: хирургическое и терапевтическое (согласно приказу отдела здравоохранения г. Гродно от 14.08.1944 № 1). Первоначально на работу было принято 35 сотрудников.

Плеяду главных врачей возглавил Иван Валерьянович Ничипорук, которого в 1951 году сменил Сенкевич М.К. С 1955 г. по 1960 г. главным врачом была Леонкова Е.М., далее Кравчук Н.И. (по 1977 г.) и Чичков В.В. (по 1982 г.).

В 1982 г. главным врачом больницы стал Сергей Михайлович Котов – заслуженный врач Республики Беларусь.

С 2003 г. 2-й городской клинической больницей руководит Андрей Станиславович Андреевский.

С годами профиль и объемы оказываемой стационарной помощи значительно менялись в зависимости от роста населения, потребности в дополнительных видах специализированной помощи, открытия других лечебно-профилактических учреждений в городе.

По решению Гродненского городского исполнительного комитета от 09.07.1958 г. № 433 открывается новое 4-этажное здание больницы.

В 1964 г. Гродненская городская больница была переименована во 2-ю городскую клиническую больницу и стала одним из известных и авторитетных медицинских центров города.

В 1984 г. вводится в строй 7-этажный корпус 2-й городской клинической больницы.

В результате реструктуризаций коечного фонда стационарных отделений больницы, проведенных в 1989 г. (образование Гродненского территориально-медицинского объединения № 2), и в 2002 г. (создание на базе больницы межрайонного специализированного оториноларингологического стационара на 40 коек и придание гастроэнтерологическому отделению на 60 коек статуса областного) в настоящее вре-

материальный фонд учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно» включает 351 койку, в том числе:

Основные подразделения:

1. Гастроэнтерологическое отделение – 60 коек.
2. Кардиологическое отделение (в т.ч. 30 коек для больных инфарктом миокарда) – 60 коек.
3. Терапевтическое отделение – 60 коек.
4. Отделение медицинской реабилитации больных и инвалидов ортопедотравматологического профиля – 60 коек.
5. Оториноларингологическое отделение – 40 коек.
6. Офтальмологическое отделение – 40 коек.
7. Отделение сестринского ухода – 15 коек.
8. Отделение хосписа – 10 коек.

Вспомогательные лечебно-диагностические подразделения:

1. Приемное отделение.
2. Отделение анестезиологии и реанимации с палатой интенсивной терапии на 6 коек.
3. Клинико-диагностическая лаборатория.
4. Диагностическое отделение.
5. Отделение функциональной диагностики.
6. ЦСО.
7. Рентгенологическое отделение.
8. Отделение медицинской реабилитации.
9. Кабинет гипербарической оксигенации.
10. Аптека.

Структуру больницы составляют койки терапевтического, хирургического, реабилитационного и медико-социального профиля.

В стационаре работает 50 врачей, 166 средних медицинских работников, 199 младшего медицинского и прочего персонала. Всего 415 человек.

Материально-техническая база учреждения постоянно совершенствуется.

С 2007 г. приобретена современная аппаратура, позволяющая проводить специализированные диагностические и лечебные манипуляции, а также высокотехнологичные операции у больных с ЛОР и глазной патологией, например:

а) в оториноларингологическом отделении внедрены высокотехнологические виды операций:

риносеptoпластика с использованием эндоскопической техники;

операции по восстановлению просвета гортани и трахеи (удаление стенозирующих новообразований гортани, голосовых складок, закрытие трахеостом);

б) в офтальмологическом отделении выполняются следующие высокотехнологические виды операций:

- оперативные вмешательства при отслойке сетчатки;
- вторичная имплантация искусственного хрусталика;
- все виды операций при глаукоме (непроникающая глубокая склерозэктомия, синусотрабекулэктомия);
- иридоциклоретракция с аутосклеральным дренированием;
- оптикореконструктивные: экстракция катаракты, синехиотомия, иридопластика, витрэктомия, имплантация искусственных оптических линз.

Врачи городской клинической больницы № 2 г. Гродно принимают участие в областных, республиканских и международных конференциях, выступают в прямом эфире радио и телевидения г. Гродно.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Артёменко Н.А., Петрище Т.Л.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Внедрение врача общей практики в системе здравоохранения Республики Беларусь базируется на эффективных подходах, апробированных в международной практике. В XX в. произошло становление новой модели оказания ПМП (первичной медицинской помощи), развитие семейной медицины. В условиях инновационного развития ПМП и повышение качества медицинских услуг, предоставляемых врачами первичного звена, по-прежнему является одним из приоритетных направлений стратегии совершенствования здравоохранения на 2011-2015 годы [1, 2, 3].

Цель исследования – выявление основных этапов развития профессии врача общей практики. В работе использованы методы: исторический, логический, историко-генетический, социально-гигиенический.

Профессия врача общей практики формировалась в контексте реализации территориально-участкового принципа медицинского обслуживания населения, сформированного в 1920 г.г. Фактически, он стал продолжением опыта земских врачей.

Именно развитие земской медицины стало началом систематической организованной медицинской помощи. Помимо земской медицины в XIX веке в Российской империи появились первые зачатки «фабрично-заводской» медицины – прообраза страховой медицины. В 1925 г. произошло окончательное формирование и закрепление на законодательном уровне территориально-участкового принципа медицинского обслуживания населения [8].

В 1978 г. на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Алма-Ата (СССР) принципы оказания ПМСП в СССР были признаны лучшими в мире. Тогда же международным здравоохранением была сформулирована цель обеспечения приемлемого уровня здоровья для всех к 2000 году. Первичная медико-санитарная помощь должна была стать основным инструментом решения этой задачи. В 1994 г. членами ВОЗ был сделан вывод о том, что эта цель не будет достигнута [8, 9].

В 2001 г. ООН было принято 8 целей развития тысячелетия, которые предполагают решение актуальных проблем общественного здоровья и здравоохранения: снижение детской смертности, борьбу с эпидемическими заболеваниями (ВИЧ/СПИД и др.), расширение международного сотрудничества и др. Накануне 30-летнего юбилея Алма-Атинской конференции была проведена Международная конференция по вопросам здоровья в целях развития тысячелетия (Рио-де-Жанейро, Бразилия, 16 августа 2007 г.). В 2008 г. (юбилейный год Алма-Атинской конференции) ежегодный доклад Генерального директора ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире вышел под названием «Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо» [9].

Таким образом, идея о необходимости наиболее широкого охвата населения медицинской помощью, сформулированная прогрессивными представителями отечественной медицины еще в XIX веке, по-прежнему актуальна и востребована. Система здравоохранения Республики Беларусь в настоящее время претерпевает трансформацию, направленную на создание новой медико-экономической модели.

В современных социально-экономических условиях вопросы охраны здоровья населения страны существенно затрагивают одну из важнейших составляющих системы здравоохранения – ПМП, и в частности деятельность врача общей практики и врача-терапевта участкового [1, 7]. В отличие от систем ПМП Великобритании, Франции, США, Германии, Дании и других стран, где ключевым специалистом является ВОП, в Республике Беларусь и Российской Федерации врачами ПМП являются как врач-терапевт участковый, так и врач общей практики [1].

В международной практике XXI века широкое признание получила семейная медицина [9, 10]. В ряде стран (Великобритания, Франция, Германия, США и др.) еще в

1960-е гг. была отмечена опасность бурной специализации [9, 10]. Так как большая часть населения (примерно 80%) пользуются услугами ПМП, то за рубежом был начат процесс реформирования здравоохранения, направленный на развитие первичного звена. В 1984 г. ЕРБ ВОЗ подтвердило приоритетность ПМП, необходимость ее укрепления, утвердив 38 задач по достижению здоровья для всех как основы государственной политики по охране здоровья [9].

В международной практике общая врачебная практика признана не только клинической медицинской специальностью, но и самостоятельной академической, научной дисциплиной. В 1947 г. была образована Американская академия общей практики (American Academy of General Practice (AAGP); официальный сайт <http://www.aagp.org>). В настоящее время в США функционирует также Американская академия семейных врачей (American Academy of Family Physicians (AAFP); официальный сайт <http://www.aafp.org>). В начале 1960-х годов начался процесс формирования Американского комитета общей практики, который был завершен в 1969 г. По специальности «общая врачебная практика» с 1970 г. введены ежегодные экзамены, а с 1976 г. – переекзаменовка для получения сертификатов. В Великобритании к службе общей врачебной практики относится амбулаторное обслуживание, включая стоматологическую, офтальмологическую и физиотерапевтическую помощь. Структурно общая врачебная практика представлена тремя организациями: Ассоциацией врачей общей практики, Колледжем врачей общей практики и Общим медицинским советом. Врач общей практики – ведущая фигура в системе национального здравоохранения Великобритании. Численность населения, обслуживаемого одним ВОП, 1200-1250 человек. Около 80% ВОП объединены в небольшие производственные группы, что позволяет на льготных условиях арендовать помещения, приобретать оборудование и специализироваться на обслуживании отдельных контингентов пациентов, например пожилых людей, детей [9, 10].

Постепенно происходит признание и закрепление принципов деятельности врача общей практики. В 1972 г. была основана Всемирная организация семейных врачей (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Wonca), или World Organization of Family Doctors; официальный сайт: <http://www.globalfamilydoctor.com>). В 1995 г. Европейским Региональным Бюро (ЕРБ) ВОЗ в Копенгагене (Дания) была принята «Хартия по общей практике/семейной медицине в странах Европы» [9, 10].

В 1998 г. ЕРБ ВОЗ издано «Руководство по профессиональным и административным аспектам развития общей практики/ семейной медицины в странах Европы» [9]. В 2002 г. Европейское отделение WONCA разработало и опубликовало в согласованном Заявлении «The European Defenition of General Practice / Family Medicine» («Определение общей врачебной практики / семейной медицины»). В этом документе изложен новый взгляд на эту специальность. «Общая врачебная практика/семейная медицина» была уравнена с другими специальностями. В мае 2010 года Всемирный Совет WONCA единогласно одобрил учреждение "Всемирного Дня семейного врача", который отмечается 19 мая [10].

В России идею «общей врачебной практики» начали внедрять в систему здравоохранения с 1980-х гг. Была основана Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации (официальный сайт <http://familymedicine.ru>). Белорусская Ассоциация Врачей Общей Практики (БАВОП, официальный сайт <http://bavop.iatp.by>) ведет свое летоисчисление с 2001 г. В 2004 г. БАВОП была принята в состав WONCA [2, 10].

Отечественный опыт организации работы по принципу ВОП первоначально в виде эксперимента был апробирован в 1995-1996 гг. на базе амбулатории общей практики в г. Гродно и Крупицкой сельской врачебной амбулатории Минского района. В 1998 г. апробация продолжилась на территории Витебской области, где были организованы три первые амбулатории общей практики – Вороничская (Полоцкий район), Белицкая (Сенненский район) и Мнюцкая (Глубокский район). Определенную роль в развитии общей врачебной практики в Беларуси сыграла также реализация белорусско-нидерландского проекта «Усовершенствование первичной медико-санитарной помощи Беларуси» МАТРА-1 в Минской области (1998-2001 гг.), и МАТРА-2 в Витебской облас-

ти (2003-2005 гг.) [6, 7].

В 2009 г. более 47% (390) сельских амбулаторий в Республике Беларусь работали по принципу общей врачебной практики. Всего в Республике Беларусь работает 525 ВОП (390 – в сельской местности) [7].

В Республике Беларусь квалификационная характеристика ВОП регламентирована Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 июня 2009 г. № 61 «Об утверждении номенклатуры должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием» [7]. Установлены квалификационные требования: к врачу общей практики – 1-81 02 78, наименование специализации «общая врачебная практика» и квалификации «врач общей практики»; к врачу-терапевту участковому – 1-81 02 55, наименование специализации «терапия» и квалификации «врач-терапевт участковый», согласно Общегосударственному классификатору Республики Беларусь ОКРБ-011-2009 [5].

Первичная медицинская помощь является одной из приоритетных составляющих стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь. Предусматривается увеличение объема ее финансирования; улучшение инфраструктуры с целью повышения качества и эффективности медицинской помощи в первичном звене здравоохранения, разработка и внедрение эффективных медицинских медико-организационных технологий [4].

Анализ истории становления профессии врача общей практики позволяет сделать вывод о том, что внедрение общей врачебной практики стало основой для структурных преобразований в системе ПМП Республики Беларусь, а именно, идет медленное замещение врача-терапевта участкового врачом общей практики.

Литература

1. Артемёнок, Н.А. Приоритеты и параметры, определяющие эффективность медицинских технологий у врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых / Н.А. Артёменок // Вестник ВГМУ. – 2009. – № 3. – С. 173–178.
2. Белорусская Ассоциация Врачей Общей Практики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://bavop.iatp.by>.
3. Жарко, В.И. Первичная медико-санитарная помощь в Беларуси: проблемы и меры по ее совершенствованию. / В.И. Жарко [и др.] // Актуальные вопросы общеврачебной практики. Укрепление здоровья – стратегическая задача врача общей практики: Материалы Респ. научно-практ. конф. – Минск: БелМАПО, 2007. – С. 6–17.
4. Направления стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг.: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь: № 1730, утвержденный 14.10.2010 г. – Минск, 2010. – 36 с.
5. О введении Общегосударственного классификатора Республики Беларусь ОКРБ 011-2009 "Специальности и квалификации": приказ Министерства образования Респ. Беларусь от 28.08. 2009 г. № 917. – Минск, 2009. – 1 с.
6. Оценка модели организации первичной медико-санитарной помощи в Белоруссии на основе результатов анкетирования в рамках исследованного проекта в Минской и Витебской области «ПМСП в Европейском регионе ВОЗ». – Копенгаген, 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http // www.euro.who.int/pubrequest](http://www.euro.who.int/pubrequest).
7. Официальный Интернет-портал Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.minzdrav.by.
8. Петрище, Т.Л. История медицины и фармации: Курс лекций / Т.Л. Петрище. Под ред. д.м.н., проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2010. – 567 с.
9. The Official Web Site of the World Health Organization [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.who.int/en>.
10. World Organization of Family Doctors // Wikipedia [Electronic resource]. – Mode of access : http://en.wikipedia.org/wiki/World_Organization_of_Family_Doctors.

СТАНЧО МИЛЕНКОВИЧ МИЛЕНКОВ

Артишевский А. А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Среди заслуженных деятелей, внесших большой вклад в развитие гистологической науки нашей республики, видное место принадлежит Станчо Миленковичу Миленкову, который заведовал кафедрой гистологии Минского государственного медицинского института с 1952 по 1969 год.

Болгарин по национальности (родился в селе Поляна, Омортагского уезда, Коларовской области, в крестьянской семье), всю свою трудовую жизнь прожил на территории СССР. Служил в Красной Армии, окончил рабфак, а в 1929 г. медицинский факультет Среднеазиатского университета в Ташкенте. Учёбу постоянно совмещал с работой препаратором, помощником прозектора. Учёной степени кандидата медицинских наук удостоен в 1935 г., степень доктора присуждена в 1937 г. До 1940 г. – доцент кафедры гистологии и эмбриологии Ташкентского медицинского института. С 1940 по 1945гг. – зав. кафедрой гистологии и эмбриологии Иркутского, а с 1945 по 1952 г. – Ташкентского мединститута. Как учёный, сформировался под влиянием идей выдающегося нейрогистолога Советского Союза Б.И.Лаврентьева, а свои наиболее значительные исследования нервной системы осуществил в Минске.

В отличие от многих своих коллег, тоже увлечённых изучением нервной системы, С. М. Миленков не просто фиксировал многочисленные находки и делал их описание, а попытался проникнуть в суть обнаруженных и зафиксированных на препаратах феноменов. Сравнивая морфологические феномены, обнаруженные в периферической нервной системе в условиях нормы и при патологии, а также в развивающихся органах, автор предложил рассматривать их, как проявление реакций адаптации, как субстрат компенсации утраченных функций. Исследования С.М.Миленкова легли в основу общепризнанного ныне положения о компенсаторно-приспособительных реакциях нервной системы.

Впервые в нейроморфологии С.М.Миленковым разработана всеобъемлющая классификация как существующих постоянно, так и временных, появляющихся при патологии образований компенсаторно-приспособительных реакций центральной и периферической нервной системы. Рассмотрению этих вопросов были посвящены заседания Шестого Всесоюзного съезда анатомов, гистологов и эмбриологов в 1958 году, а С.М.Миленков выступил на нём с программным докладом. О высокой научной ценности его идей, выдвинутых положений и обобщений, свидетельствовали публикации в союзных и зарубежных изданиях.

В любой области, которую брался исследовать учёный, он умел находить новое, оригинальное. С.М.Миленковым впервые в мировой литературе описаны чувствительные нервные аппараты в солнечном сплетении и пищевом тракте человека, обнаружены изменения, регистрируемые гистохимическими методами при пеллагре и др. Интересные находки обнаружены автором при изучении нейросекреторных клеток гипоталамуса. Они касаются взаимоотношений клеток с гемокапиллярами и частично были освещены в статье: «Новые данные о структурных особенностях нейросекреторных нейронов гипоталамуса (1967)».

Уделяя много внимания методикам обработки исследуемых тканей и органов, Станчо Миленкович разработал целый ряд нейрогистологических методик, которые получили высокую оценку специалистов, а на метод комбинированного окрашивания гипоталамических ядер автором получено свидетельство на изобретение.

Все, кто знал С.М. Миленкова, отмечали, что ему было присуще идеальное чутьё нового, перспективного научного направления. Казалось бы он, триумфатор изучения компенсаторно-приспособительных реакций нервной системы, может долгие годы пожинать плоды на этой ниве. Однако во время работы в МГМИ, особенно начиная с 1960 года, когда на кафедру пришли аспирантами А. Артишевский, А. Пищинский, Е. Большова, А. Сыкало, он переключает кафедру на изучение эндокринной системы. При этом, будучи не только генератором идей, но и одним из активных исполнителей и

организаторов работы, Станчо Миленкович лично начинает скрупулёзно исследовать нейросекреторные структуры гипоталамуса, а сотрудникам поручает изучение периферических эндокринных желёз на этапе их закладки, органогенеза и становления функции. Вскоре это принесло весьма положительные результаты, а минская школа гистоендокринологов приобрела известность не только в Союзе, но и за рубежом. Сотрудники кафедры начали приглашать на конференции в Польшу, Болгарию, Югославию и др. Работы С.М. Миленкова и сотрудников начали публиковаться за рубежом.

Будучи сторонником морфофункционального подхода в изучении органов, С.М. Миленков понимал, что, помимо нервной и эндокринной, существует третья – иммунная регулирующая система. Отсюда даётся поручение очередному аспиранту (А.И. Сыкало) заняться исследованием развития и становления функции тимуса – основного звена этой системы. Реализации планов не могли помешать ни недостаточное финансирование, ни отсутствие экспериментальной базы, ни дефицит реактивов. Шеф умел загораться идеей и зажигать всех, кто был причастен к ней. В результате решались любые казавшиеся неразрешимыми задачи. У шефа было главное – желание идти неизведанными путями, чувствовать и открывать новое.

Из-под пера сотрудников и шефа выходили и принимались «на ура» статьи, доклады, монографии, успешно защищались диссертации. Не будет преувеличением сказать, что С.М. Миленков был фанатом, увлечённым любимым делом. Имея возможность выезжать в Болгарию, он стремился не купить дефицитную в ту пору дублёрку, а установить деловые научные контакты с европейскими гистологами. Характерная деталь, из-за границы он везёт не «шмотки», а сотни пакетиков и бутылочек с красителями и реактивами для налаживания новых методик. Услышав от коллег, что в США издан новый учебник по гистологии, он, не имея необходимой суммы в долларах для его приобретения, организует «бартер» с югославскими гистологами. В обмен на учебник Блюма и Фавсетта мы из Минска переслали две больших посылки учебной и научной гистологической литературы в Белград, что было эквивалентно 50 долларам, но зато знали, по какому учебнику учат студенты американцы.

Кафедра гистологии при Миленкове закрывалась не ранее 10-11 часов вечера. Шеф и молодые сотрудники осваивали новые методики, кружковцы под присмотром сотрудников ставили эксперименты и т.д. И всё это при самом серьёзном отношении к учебному процессу. Те, кто прошёл школу Миленкова, помнят, что он должен был не только освоить изучаемый студентами материал, но и уметь делать зарисовки структур. До Миленкова в МГМИ процветала так называемая «мелковая» гистология. Предшественник Станчо Миленковича профессор П.Я. Герке умел хорошо рисовать, и свои лекции сопровождал рисунками на доске с помощью цветных мелков. Студенты перерисовывали их в свои тетради и далее конспекта лекций в предмет не углублялись. На практических занятиях выставлялись лишь демонстрационные препараты.

С приходом Миленкова были оборудованы практикумы, отвечающие всем требованиям, оснащены микроскопами. Поскольку фонда препаратов на кафедре не было, а полученные из Московского комбината учебных пособий, не отличались приемлемым качеством, шеф организовал изготовление их на кафедре. Перед началом каждой недели, когда начинали изучать новую тему, шеф лично проверял, как её освоили молодые преподаватели. Каждый из них имел собственный альбом для зарисовок, в котором со временем оказывался прорисованным весь изучаемый материал.

Среди аспирантов успешнее других с зарисовками справлялась Е.И. Большова, которую Бог наградил даром художника. Такой подход к учебному процессу не мог не отразиться на успеваемости студентов. Много говорилось в те годы о методах работы Миленкова со студентами в научном студенческом кружке. Правда, что количество студентов-кружковцев резко выросло перед экзаменом и убывало после экзамена. Это видел и Миленков, любивший лично проводить занятия кружка перед экзаменами. Но, умея обучать «не наказом, а показом», Станчо Миленкович добивался того, что слушатели хорошо усваивали материал и всегда высказывали ему благодарность за такие занятия.

Прошли годы, сменились поколения сотрудников на кафедрах. У нас, бывших учеников и сотрудников, есть возможность сравнить и стиль работы, и умение органи-

зовать дело, и атмосферу, которая создаётся в процессе работы, и получаемые при этом результаты.

Первое, что отличает Миленкова от многих, с которыми пришлось работать, это преданность не карьерному росту, а любимому делу, это - доброжелательность и честность по отношению к каждому сотруднику коллектива, это - в высшей степени ответственное отношение к качеству выполняемой работы, это - умение увлекать не нажимом, а личным примером, это - умение не подчинять и подавлять, а вдохновлять человека на творчество. Шеф никогда не приписывал себе результаты, полученные другими. У него всегда был свой «кусочек» в проблеме. Он никогда не ставил свою фамилию впереди сотрудника, если тот что-то интересное придумал, или обнаружил. Видимо, поэтому у Станчо Миленковича не так много публикаций, как у других, но это всегда очень важные работы. К сожалению, он рано ушёл из жизни, не успев реализовать многих планов и задумок, но и то, что сделано этим человеком в гистологии за время его работы в МГМИ, дало основания рассматривать Минскую школу гистологов одной из авторитетных в СССР.

ИСТОРИЯ АПТЕКИ №21 г. БАРАНОВИЧИ

Барткевич С. К., Санчук Е.Г.

Барановичская центральная районная аптека №10

Впервые Барановичи упоминаются в письменных источниках в 1800 г. в связи с покупкой имения и земельного надела около 700 га графиней и графом Розвадовскими из Янова.

Интенсивное железнодорожное строительство и возникновение станций Барановичи (1871 г.) и Барановичи-Полесские (1884 г.) дали мощный толчок развитию промышленности, торговли, в том числе аптечному бизнесу края. Об этом свидетельствуют документы кабинета истории фармации РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ» (г. Минск).

Еще в сентябре 1884 г. провизор В.В. Мосевич, проживавший в Волынской губернии, обратился к Великому Государю Императору Александру Александровичу с прошением разрешить открыть аптеку в местечке Барановичи Новогрудского уезда. Просьба его не была удовлетворена, поскольку по правилам открытия вольных аптек, утвержденным Министерством внутренних дел (МВД) 25 мая 1873 г., устройство аптек в местечках допускалось только на расстоянии 15 верст от существующих аптек. В то время функционировала аптека провизора Теца в м. Новая Мышь, которое находилось на расстоянии от станции Барановичи (или м. Разводо) в 5 верстах. Это обращение ускорило открытие Тецом в Разводо филиальной аптеки от Новомышской нормальной аптеки, управлял ею вначале сам Тец, а позже провизор Я. Гданский.

В сентябре 1890 г. провизор Бернович, служивший в одной из аптек Тульской губернии, послал прошение во врачебное отделение Минского губернского правления о разрешении открыть нормальную аптеку в Барановичи-Разводо вместо существующей филиальной аптеки Теца. Ему также было отказано, так как Тец с разрешения врачебного отделения начал осуществлять перевод нормальной аптеки из м. Новая Мышь в м. Разводо, а аптечное отделение в м. Новая Мышь, перевод был завершен в марте 1891 г.

В 1904 г. владельцами аптеки в Разводо (Барановичи-Разводо) стали наследники провизора Теца, а управляющим вначале был провизор Минковский, а в последующие годы Вольпян, Мышалов, Богуславский, Агафья Львовна Тец, Сара Тевел. Липовская и др. В 1903 г. появилась в м. Барановичи-Разводо вторая аптека графа А.А. Разводовского, открытая по разрешению МВД вне действующих на то время правил открытия аптек. Вскоре выкупил ее купец Вульф Гиршевич Подлишевский. Около 9 лет управлял этой аптекой провизор Лазарь Моисеевич Зак, потом провизоры Б.С. Яблонский и А.Р. Виткин.

В течение 1912-1913 гг. во врачебное отделение поступили прошения от 7 част-

ных лиц о разрешении открыть третью аптеку в м. Барановичи-Разводово: полковника в отставке В.И. Алтуфьева, провизоров – Л.М. Зака, Ф.Л. Кугель (г. Слоним), Л.А. Лукомского (г. Минск), С-Я.С. Абербаха (г. Варшава), Р-Г.М. Цыпкиной (г. Минск), О.К. Альбрех (Тульская область).

Врачебным отделением было направлено в адрес владельцев действующих вольных аптек письмо-отзыв об открытии третьей аптеки в местечке. Тогда в местечке проживало 25–28 тыс. человек. Содержатели аптек были против открытия еще одной аптеки и приводили веские причины. В частности, вдова провизора Теца указывала на наличие аптек других ведомств, а также аптекарских магазинов, с которыми приходилось конкурировать. Во-вторых, действовал небольшой размер таксы, в то время как товары дорожали с каждым днем. Поэтому даже при наличии второй вольной аптеки в местечке ее аптека «дает на скудное существование».

Купец Подлишевский аргументировал следующим: «...Конкуренция в Барановичах велика, со всех рецептов приходится уступать 50%, что влечет за собой не прибыль, а убыток. С открытием третьей аптеки конкуренция еще больше увеличится, что повлечет за собой еще больший упадок аптеки и одну из существующих уже аптек придется закрыть и в Барановичах окажется опять только две аптеки. Аптека делает оборот около 4 тыс. руб., а с открытием третьей аптеки оборот уменьшится».

Видя такое положение, врачебное отделение вынесло решение этого вопроса на уровень Министерства внутренних дел.

2 ноября 1913 г. все же была открыта третья нормальная аптека, но владельцем ее было Новогрудское уездное земство, управлял аптекой Александр Юрьевич Мацкевич.

В конце 1914 г. в архивных документах не значится аптека наследников Теца. Есть предположение, что она не выдержала конкуренции существующих аптечных учреждений.

Вольная аптека купца Подлишевского, в штате которой был только один управляющий Б.С. Яблонский, за 1913 г., имела выручку в размере 4058 руб. 38 коп. от проданных аптекой лекарств по 5078 рецептам, ручная продажа составила 2440 руб. 12 коп.

Оборот новой Барановичской земской аптеки был неплохой, только за два месяца функционирования (ноябрь – декабрь 1913 г.) составил 565 руб. 95 коп. Накануне первой мировой войны в Барановичах проживало более 30 тыс. человек. На тот период, помимо 2 аптек, действовали 8 аптекарских магазинов.

В период первой мировой войны и во время оккупации кайзеровскими войсками Германии сильно пострадали Барановичи. Согласно Рижскому мирному договору от 18 марта 1921 г., город и окрестности вошли в состав Польши. Город стал центром Барановичского повета Новогрудского воеводства. В 1922 г. в повете насчитывалось 4 общественных аптеки, в том числе 3 в Барановичах, владельцами их были Тец С-Б., Абрамовский Я. и Манкилевич К.

В 1923 г. образован Барановичский профсоюз фармацевтических служащих, председателем которого был избран В. Майзельс. В 1933–1936 гг. в городе функционировали 5 аптек, из них одна городская (муниципальная).

До настоящего времени сохранилось в городе здание провизора Станислава Лаевского, в котором 66 лет находится государственная аптека. Здание аптеки № 21, расположенной на ул.Тельмана, включено в список памятников, охраняемых государством.

Согласно документам Барановичского филиала государственного архива Брестской области, в конце 20-х годов прошлого столетия «провизор фармации» Станислав Лаевский построил двухэтажное здание вблизи Полесского железнодорожного вокзала на ул. Жвирки, 15. Здание построено в стиле модерн, под влиянием народного польско-полесского зодчества. Это было кирпичное здание сложной конфигурации. За 80 лет своего существования фасад не претерпел серьезных изменений. Было снесено одноэтажное (по-видимому, деревянное) здание, примыкавшее к западному фасаду, исчезло слуховое окно на ризалите лестничной клетки. Главный фасад здания асимметричен. К центральному ризалиту с запада примыкает одноэтажный с мансардой прямоугольный объем, крытый высокой ломаной мансардной крышей. Второй этаж

ризалита имеет пятигранный балкон со сплошным кирпичным ограждением, имеющим прямоугольные ниши на каждой грани. Двухскатная с полу вальмой кровля нависает над треугольных деревянных кронштейнах над балконом. Главный фасад уравновешен прямоугольным в плане ризалитом лестничной клетки и тамбуром главного входа. На парапете балкона в те времена размещались цветочные ящики. Сохранилась фотография 23.06.1938., на которой балкон украшен иконой и цветочной композицией ко дню Святого Яна. Северный фасад имеет пятигранный одноэтажный эркер, в уровне второго этажа переходящий в небольшую террасу, огражденную сплошным кирпичным ограждением. Стены прорезаны высокими прямоугольными оконными проемами. Углы центрального ризалита главного фасада имеют ставни с прямоугольными филёнками. Под балконом первого этажа находилась надпись «Apteka Stanisława Lajewskiego», в центральном окне ризалита «APTEKA Provizora farmacji ST. LAJEWSKIEGO». На первом этаже здания располагалась аптека, на втором этаже – лаборатория и жилые комнаты.

Аптека Лаевского работала круглосуточно. На входной двери были звонок и окошко для обслуживания посетителей в ночное время. Аптека также снабжала больницу. Первоначально штат аптеки составлял 4 человека: управляющий, 2 фармацевта, санитарка. Позже, к 1942г. появился рецептар, кассир и оптик, а в 1946г. – бухгалтер. В аптеке были только две книги: книга прихода и расхода и рецептурный журнал. Первую книгу вел сам управляющий. Ежеквартально налоговая инспекция проверяла достоверность бухучёта. Налоги платились от наличия товара в аптеке на момент проверки. Рецепты на изготовленные лекарства оставались в аптеке и заносились в рецептурный журнал, а больному выписывалась сигнатура.

После сентября 1939 г. снабжение аптеки лекарственными средствами осуществлялось с Барановичского областного аптечного склада, все они были импортные. Большой удельный вес составляли порошкообразные и жидкие лекарственные средства, в том числе наркотические. Порошки и жидкости хранились в темных штангласах в высоких открытых шкафах, пахучие и красящие – в отдельных шкафах. Наркотические средства находились в запирающемся шкафу и выдавались только управляющим. Перед каждым праздником приезжали работники милиции и пломбировали место хранения наркотических средств.

В аптеке Лаевского было много лекарственного растительного сырья, косметики. В аптеке изготавливались не только пилюли, свечи, мази, но и косметические крема: «Нивея», для лица с Oleum Bergamothae и др.

На чердаке была сушильня для трав. Лекарственные травы собирались как в местах естественного произрастания, так и выращивались на собственном аптекарском огороде. Редкие травы привозили из-за границы.

Стерильные лекарственные средства были заводского (фабричного) производства с указанием сроков годности. Глазные капли, если готовились, то не стерилизовались. Сроков годности для порошков, таблеток и экстемпоральных лекарственных средств не было. Годность их определялась визуально. Был в аптеке и сухой подвал или «ледник» для хранения лекарственных средств, требующих защиты от высоких температур.

В рецептурном отделе было выделено окошко для оптика, который изготавливал очки.

Надзор за фармацевтической деятельностью и санитарным состоянием аптеки осуществляли фармацевтический инспектор Новогрудского воеводского управления и местный санитарный врач.

Во время Великой Отечественной войны семья хозяина жила в одной комнате первого этажа, а второй этаж занимали немцы. В 1946 г. аптека была национализирована. Станислав Лаевский уехал в Польшу. Аптека была передана Барановичскому областному аптечному управлению. С 1946 г. при аптеке стали открываться оптическая мастерская, аптечные и санитарные ларьки, которых к 1948 г. было 4.

На втором этаже аптеки с 1954 до 1993 гг. функционировала контрольно-аналитическая лаборатория, а с 1982 г. – справочная служба аптек г. Барановичи. С 01.04.1995 аптека переведена в аптеку готовых лекарственных форм.

В течение 2010-2011 гг. с разрешения Министерства культуры Республики Бе-

ларусь был проведен капитальный ремонт с элементами реставрации здания аптеки. После ремонта по-прежнему на первом этаже размещена аптека с необходимым набором помещений, а также справочная служба, а на втором – экспозиция по истории развития аптечного дела. В торговом зале находится огромное изображение по мотивам средневековых гравюр в стиле сграфитто. Как и в прошлом веке, соблюдена, так называемая «мода на стекло». Стекло присутствует в интерьере торгового зала, витрины украшены большими стеклянными сосудами.

На второй этаж аптеки ведут две массивные деревянные лестницы. Когда-то здесь были жилые комнаты провизора. Сейчас здесь восстановлен кабинет Станислава Лаевского. Помещения второго этажа пополняются старинной аптечной утварью, медицинскими книгами, фотографиями и т.д., которые передают коллеги и жители города и района. Организовано отдельное помещение для проведения встреч с ветеранами аптечной службы, посвящения в профессию молодых специалистов. Мы понимаем, что важны не только историко-культурная значимость здания, но и знание истории, фармацевтов прошлых поколений, внесших определенный вклад в становление и развитие аптечного дела.

НАУЧНЫЙ ВКЛАД ПРОФЕССОРА В.А. АРНОЛЬДОВА В РАЗВИТИЕ ГИГИЕНЫ И САНИТАРНОГО ДЕЛА

Белоногов И.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Видный деятель в области отечественной медицины, крупный ученый-гигиенист, профессор Владимир Андреевич Арнольдov родился 12 сентября 1861 г. в Симбирске в семье священнослужителя. После окончания мужской гимназии поступил на медицинский факультет Казанского университета, который окончил в 1887 г., получив звание лекаря. Затем в течение трех лет служил земским врачом в Стерлитамакском уезде Уфимской области, большую часть времени, посвящая лечебной, научно-исследовательской и санитарно-эпидемиологической работе. Во время службы земским врачом ему удалось поставить перед земской управой вопрос о необходимости создания медицинского совета по организации санитарного дела. И уже через два года в Уфимской губернии был создан медицинский совет и принят на службу первый санитарный врач. Оставив земскую службу, В.А.Арнольдov возвратился в Казань, где с 1891 по 1893 г. работал в созданной при Казанской городской думе группе «бесплатных думских врачей». Но большое желание заниматься научной работой привело Владимира Андреевича на кафедру гигиены Императорского Казанского университета на должность сверхштатного лаборанта. Здесь он в течение трех лет изучал экспериментальную гигиену в лаборатории гигиенического кабинета под непосредственным руководством заведующего кафедрой проф. М.Я.Капустина. В этот период В.А.Арнольдov опубликовал несколько научных трудов, в основном относящихся к исследованию пищевых продуктов: «О количественном определении спорыньи в печеном хлебе» (Труды Казанского общества естествоиспытателей, 1896), «О рыночном контроле молока в Казани» (Дневник Общества врачей при Императорском Казанском университете, 1894).

Во время эпидемии холеры в Поволжье (1892) на Нижегородском участке бассейна реки Волги В.А.Арнольдovым впервые были организованы врачебно-наблюдательные пункты и плавучие холерные бараки. По его проекту на плавучих холерных бараках были оборудованы специальные установки для стерилизации всех сточных вод путем их нагревания до температуры 80-85°C. Кроме того, такое же оборудование он рекомендовал устанавливать на всех пассажирских пароходах, курсирующих по Волге в период навигации.

После двух лет плодотворной научной деятельности на кафедре В.А.Арнольдov командировали для ознакомления с работой наиболее известных и

передовых на тот момент санитарных объектов (водоснабжение, канализация, освещение и др.) в крупных городах Европы (Варшава, Берлин) и России (Петербург).

В Берлине он много времени посвятил работе в Гигиеническом институте (Берлин), преимущественно в музее, и занятиям в бактериологической лаборатории профессора Güntera, где изучал различные виды патогенных и непатогенных плесневых грибов.

По возвращении в Казань Владимир Андреевич продолжил работать в гигиеническом кабинете в качестве лаборанта, где выполнил обстоятельный научный труд в виде диссертации: «О гигроскопичности некоторых веществ и ее отношении в гигиене», которую защитил в 1899 г. на медицинском факультете Казанского университета и удостоился за нее ученой степени доктора медицины. После защиты диссертации (1899) Владимир Андреевич был избран приват-доцентом по кафедре гигиены и прочитал вступительную лекцию под заглавием: «Значение гигиены и развитие больничного благоустройства». В 1899 г. В. А. Арнольдов руководил отрядом по борьбе с голодом и цингой в Момадышском уезде Казанской губернии, одновременно проводя обследование социально-экономического положения жителей уезда. В дальнейшем материалы исследования были опубликованы в трудах VIII Пироговского съезда врачей. Одним из наиболее важных гигиенических исследований, выполненных Владимиром Андреевичем по возвращении в Казань, стала первая санитарная работа по исследованию молочного рынка. Результаты проведенных исследований были доложены на заседании Общества казанских врачей, Медицинском совете при Казанской думе и опубликованы в журнале «Дневник Общества врачей при Императорском Казанском университете». Практическим итогом этой работы стала разработка обязательных санитарных правил торговли молоком, а также замена использовавшейся деревянной посуды для молока на более гигиенически оправданную глиняную бадейку (балакир) с притертой пробкой.

С 1903 по 1905 г. В.А.Арнольдов работал в должности главного врача лечебных и санитарных учреждений в Баку, где «принимал активное участие в разработке проекта сооружения водопровода и переписи населения». В 1905 г. В.А.Арнольдов, оставив службу в медико-санитарном бюро в Баку, вновь возвратился в Казань для работы окружным санитарным врачом на Николаевской железной дороге и научной деятельности на кафедре гигиены Казанского университета.

В этот период В.А.Арнольдовым изданы несколько крупных научных трудов, в которых он показал себя специалистом химического анализа. Так, в работе «О воде реки Волги и ее главных притоков», опубликованной в журнале «Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины» (1905), представлены материалы количественного анализа 23 проб воды, взятых с различных мест по течению Волги и некоторых ее притоков. В статье «Из практики канализации в русских городах» (журнал «Врач». 1911. № 4) приведены результаты многочисленных анализов сточных вод. Существенный вклад В.А.Арнольдов внес в развитие курортного дела в России. Им была проведена научная работа по исследованию воды, рапы и грязей Моллокаринского озера (около Красноводска) с целью обоснования организации лечебного курорта.

В связи с избранием проф. М.Я.Капустина в Государственную думу Владимир Андреевич в конце 1907 г. с места его службы (Нижний Новгород) был приглашен медицинским факультетом Казанского университета для чтения систематического курса лекций по гигиене и вновь избран на должность приват-доцента кафедры. В начале 1912 г. В. А. Арнольдов получил предложение принять участие в конкурсном отборе на вновь организованную кафедру гигиены в Императорском Николаевском университете (г. Саратов). На состоявшемся заседании Совета Императорского Николаевского университета 8 октября 1912 г. приват-доцент, доктор медицины, коллежский советник Владимир Андреевич Арнольдов большинством голосов был избран экстраординарным профессором по кафедре гигиены и при ней эпидемиологии и медицинской полиции, медицинской статистики, учения об эпизоотических болезнях и ветеринарной полиции, которой он руководил непрерывно в течение 18 лет (до 1 октября 1930 г.), после чего «ввиду предельного возраста» вышел в отставку.

Научно-педагогическая деятельность первого профессора кафедры гигиены

Императорского Николаевского университета В.А.Арнольдова началась уже в ноябре 1912 г., когда им была прочитана вступительная лекция на тему: «Краткий исторический очерк развития санитарии в России». С разрешения Совета университета раз в неделю по понедельникам в вечернее время читались лекции по гигиене студентам 4-го курса.

Начавшаяся в августе 1914 г. Первая мировая война внесла значительные изменения в мирную научную деятельность сотрудников кафедры. Работа кафедры целиком была подчинена насущным задачам военного времени. В связи с призывом ассистентов кафедры в действующую армию вся работа по подготовке и чтению лекций, проведению практических занятий легла на заведующего кафедрой. Наряду с этим, В. А.Арнольдову факультетом поручалось чтение курса лекций по военно-полевой гигиене для выпускников медицинского университета. В этом же году он был избран председателем Общества противогазовой борьбы.

28 октября 1915 г. Советом университета В.А.Арнольдов был избран ординарным профессором кафедры гигиены и в этом же году утвержден в чине статского советника. Он давал ценные предложения архитектору К.Л.Мюфке по санитарно-гигиеническому оснащению, являясь членом строительной комиссии по возведению учебных и клинических корпусов университета.

В трудные годы первой мировой и гражданской войн (с 13 августа 1916 по 6 декабря 1920 г.) В.А.Арнольдов был деканом медицинского факультета, а с 7 мая по 28 сентября 1918 г. исполнял должность ректора Саратовского университета. В это время в нем проявились не только большие организаторские способности, но и достойные общечеловеческие качества. Остановившись на этой неожиданной грани таланта Владимира Андреевича, его сослуживец по университету проф. И.Н.Быстренин вспоминал, что к должности декана и ректора он относился с величайшей осторожностью, «проявляя в заседаниях редкую способность председательствования, чрезвычайную корректность к членам факультета и глубокую продуманность в разрешении поставленных на обсуждение вопросов». Одновременно в нем ярко открылись морально-нравственные качества ученого. Архивные материалы сохранили немало лестных отзывов о В.А.Арнольдове как о человеке, прекрасном педагоге и крупном ученом-гигиенисте. Весомый вклад В.А.Арнольдов внес в профилактику распространения инфекционных заболеваний (сыпной тиф, чума), которые свирепствовали в Поволжье в годы гражданской войны. Одним из основных инструментов профилактики чумной опасности стало санитарное просвещение в виде медицинских бесед и листовок, в которых были рекомендации избегать контакта с полевыми грызунами. Для того чтобы справиться с угрозой, таившейся в «чумных» погребениях, было предложено кремировать трупы, хотя это противоречило мусульманскому обычаю предавать тела умерших земле. Достаточно жесткое вмешательство со стороны санитарной службы хорошо заметно в проекте, озвученном на 4-м противочумном краевом совещании в Саратове проф. В. А. Арнольдовым, где он предложил использовать передвижные крематории и специальные камеры мешки для закрытой перевозки трупов на верблюдах.

С середины 20-х годов на кафедре под руководством проф. В.А.Арнольдова начинается серия научных работ, посвященных гигиене труда. В мае 1928 г. Саратовской губернской охраной труда по согласованию с правлением университета В.А.Арнольдов был командирован в Ленинград на съезд профилактической медицины, где выступил с обстоятельным докладом «О запыленности на фабриках и заводах в Саратове». Важное место в деятельности В. А. Арнольдова занимала научно-просветительская работа в качестве лектора на различных курсах, устраиваемых для сельских учителей, инструкторов по внешкольному образованию, в публичных общедоступных лекториях в Баку и Саратове. Кроме того, он читал популярный курс по гигиене в профессиональной школе в Казани.

В 1927 г. В.А.Арнольдов, как один из видных отечественных профессоров-гигиенистов, был приглашен для работы в редакцию по подготовке первого издания Большой медицинской энциклопедии.

Великому ученому принадлежит более сорока научных трудов, посвященных актуальным вопросам гигиены питания и труда, гигиены водоснабжения и санитарной охраны водоемов, окружающей среды, организации и проведения мероприятий по

борьбе с инфекционными заболеваниями, которые не потеряли актуальности и в настоящее время.

Видный деятель в области отечественной медицины, крупный ученый-гигиенист профессор В.А.Арнольдов скончался 22 ноября 1941 г. Похоронен на Воскресенском кладбище города Саратова.

Е.А.ХИТРОВО (1805-1856) – СЕСТРА-НАСТОЯТЕЛЬНИЦА ОДЕССКОЙ БОГАДЕЛЬНИ СЕРДОБОЛЬНЫХ СЕСТЕР

Блохина Н.Н.

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН (Москва, Россия)

Большое значение для развития сестринского дела в XIX веке имела деятельность сердобольной сестры Одесской богадельни сердобольных сестер Е.А.Хитрово.

Екатерина Александровна Хитрово (1805-1856) прожила непростую жизнь. Она рано осиротела, и ей еще в молодые годы пришлось заниматься воспитанием детей в дворянских семьях. Для многих своих воспитанниц она становилась впоследствии близким другом. Во время одного из своих путешествий по Италии в 1840-х годах она встретила с Н.В.Гоголем, о чем оставила воспоминания. Несмотря на благополучие внешней жизни, ею постоянно владело затаенное желание отдать себя полностью какой-либо подвижнической деятельности. Такие качества ее личности, как любовь к людям, постоянная готовность отдать себя служению страждущим привели ее в Одесскую богадельню сердобольных сестер, где она и поселилась 6 мая 1852 года в качестве испытующей.

Поступив в богадельню, она хотела учиться у более опытных сердобольных сестер, но ни в коем случае, по ее словам, никого не учить. Е.А.Хитрово дежурила ночами, не отказывалась от самого непривлекательного труда. Вскоре, приняв присягу, по рекомендации известного общественного деятеля А.С.Стурдзы она возглавила Одесскую богадельню сердобольных сестер. На этом посту ей приходилось заниматься не только делами общины, организационного и хозяйственного характера, заменяя подчас эконома и аптекаря, но и учить поступивших в богадельню младших сестер, помогая им преодолевать свои человеческие недостатки и слабости.

Со временем личность Е.А.Хитрово стала духовным центром, объединяющим сестер-тружениц на благо страждущим. Полностью отдавая себя служению людям, Е.А.Хитрово испытывала доверие и привязанность и со стороны сестер, и со стороны больных.

С началом Крымской войны хлопот у сестер прибавилось. Откликнувшись на просьбу великой княгини Елены Павловны, Е.А.Хитрово едет осматривать устроенные в Николаеве, Бельбеке, Бахчисарае военные временные госпитали, где работали сестры милосердия С-Петербургской Крестовоздвиженской общины. Со стороны сестер милосердия она вызвала к себе доверие тем, что трудилась наравне со всеми, и при этом она руководила сестрами при исполнении ими своих обязанностей, тактично направляя их в нужных случаях, в верном направлении.

Для Н.И.Пирогова, возглавлявшего в это время Крестовоздвиженскую общину, сердобольная сестра Е.А.Хитрово, также как сестры милосердия Е.М.Бакунина и Е.П.Карцева, стала его опорой, человеком, разделявшим его уверенность в том, что Крестовоздвиженская община станет «нравственной контролью госпитальной администрации».

Н.И.Пирогов считал, что главная начальница общины не должна пользоваться особыми привилегиями в общине, так как это только увеличивало бы расстояние между ней и сестрами, и роль начальниц в этом случае сводилась бы к общему наблюдению за сестрами, а не конкретному руководству практической работой сестер по уходу за больными.

В переписке Н.И.Пирогова есть такие слова: «Хитрово сама ходит на дежурство,

не стыдится скатывать бинты и перевязывать больных и не величает себя превосходительством, как Стахович, а просто старшей сестрой».

Н.И.Пирогов высоко ценил нравственные качества сестры милосердия Е.А.Хитрово как сестры-настоятельницы и, понимая всю важность назначения именно ее сестрой-настоятельницей в трудный период для Крестовоздвиженской общины сестер милосердия. Он в своем отношении к Комитету Одесской богадельни сердобольных сестер от 3 декабря 1855 года писал: «Хитрово всеми свойствами души, необходимыми для сестры-настоятельницы приобрела труднопокупаемую опытность пребыванием своим при одном из самых замечательных благотворительных учреждений нашего Отечества». Н.И.Пироговым были высказаны еще следующие справедливые слова: «В целой России едва ли найдется другая Е.А.Хитрово...».

Сразу же после отъезда главной начальницы Крестовоздвиженской общины сестер милосердия А.П.Стахович Е.А.Хитрово возглавила Крестовоздвиженскую общину в качестве сестры-настоятельницы, положив прочную нравственную основу жизни сестер милосердия. Под ее руководством сестры милосердия с усердием ухаживали за больными, не отказывались от самого неприглядного труда. Сила собственного примера Е.А.Хитрово сыграла в этом большую роль. Не случайно Е.М.Бакунина в своих воспоминаниях характеризовала ее как «умную, воспитанную, добрую, снисходительную, истинную сестру милосердия». Сама, будучи сестрой милосердия с высокими нравственными качествами, Е.М.Бакунина всегда стремилась к идеалу, и до конца своих дней имела этот идеал – сердобольную сестру Е.А.Хитрово: «Я знала много сестер милосердия, и только одна для меня олицетворяла этот идеал - это Е.А.Хитрово».

Напряженный труд днем и ночью подорвал силы Е.А.Хитрово, и, заболев «тифозной горячкой», она скончалась 2 (14) февраля 1856 года. Исполняя последнюю ее волю, тело ее было предано земле в Одессе, на кладбище Воскресенской церкви (могила не сохранилась). В рескрипте великой княгиней Еленой Павловной на имя попечителя Одесской богадельни сердобольных сестер было сказано: «Е.А.Хитрово принесла себя в жертву великому делу хождения за героями страдальцами, славными защитниками Крыма и пролившими кровь за дорогое наше Отечество. Имя ее вспомнит благодарное потомство...».

РАЗВИТИЕ ЗНАНИЙ ОБ ИНСУЛЬТЕ

Бондаренко М.В., Тибекина Л.М.

Санкт-Петербургский государственный университет (Россия)

Со времен Гиппократ (460-370 гг. до Р. Х.) мозг связывали с интеллектом и мыслью, а также с движениями противоположной половины тела. Об этом судили по возникновению судорог на половине тела, противоположной стороне повреждения головы (Mc Henry, 1969), что расценивали как внезапное, скорее общее, чем фокальное, нарушение работы мозга. Патогенез объясняли соответственно гуморальной теорией, базирующейся на балансе четырех жидкостей: крови, флегмы, черной желчи и желтой желчи. Анатомия почти не играла роли в этих объяснениях. Уже Эразистрат Хиосский (305 – 250 до Р.Х.) понимал, что головной мозг – регулятор функций органов, заключая это из того факта, что от мозга к органам и частям тела идут «нити», напоминающие управляющие марионеткой веревочки. Он отличил нервы от сосудов и первым различил чувствительные и двигательные нервы. Апоплексию часто относили к скоплению черной желчи в артериях мозга, препятствующей прохождению животного духа из желудочков (Clarke, 1963). Гален из Пергамона (131-201), энциклопедист и патофизиолог, популяризировал знания и традиции, накопленные за период греческой цивилизации. Гален отличал «*karos*» от «*aroplexu*», в первом случае дыхание не было нарушено (Galenus, издание 1824 г.). Его тексты были единственным авторитетом во времена раннего и позднего Средневековья, когда наблюдения за человеческим телом были запрещены религиозными канонами. Andries van Wesele (1514-64), великий анатом Ре-

нессанса, который латинизировал свое имя в Andreas Vesalius, в 1543 г. в Базеле в своей знаменитой книге «De humani corporis fabrica libri septem» выполнил первые точные рисунки мозга. Решающий удар по гуморальной теории был нанесен в 1628 г. описанием процесса циркуляции крови, сделанным William Harvey (1578-1657). Однако прошло много десятилетий, прежде чем эти взгляды были широко приняты. Работа Гарвея создала основу для распознавания роли кровеносных сосудов в патогенезе инсульта. Thomas Willis (1641-75) известен в истории в основном благодаря его труду по анатомии мозга, впервые опубликованному в 1664 г, а также описанию взаимосвязей сосудов на основании мозга. Именно Willis наиболее ясно постиг функциональное значение этих анастомозов, что видно из следующего отрывка: «Однажды я вскрывал умершего, у которого правые артерии — сонная и позвоночная — внутри черепа окостенели и стали непроходимы, закрыв доступ крови с этой стороны. Однако больного не беспокоила «удивительная болезнь». Ишемический инсульт.

«Удивительную болезнь» Виллиса — апоплексию — издавна интуитивно объясняли какой-то неопределенной закупоркой, происходящей либо по причине недостаточного прохождения животного духа через нервы (в традициях греческой медицины), либо после Гарвея, из-за нарушения кровотока. Следует, однако, помнить, что представление о внутренней «нервной энергии» только постепенно теряло почву. Werfer не только устанавливал факт поражения артерий, но продвинулся далеко вперед в изучении причин инсульта: он различал, с одной стороны, закупорку артерий, препятствующую притоку крови, и с другой — излияние крови в вещество мозга или полости желудочков, которые традиционно рассматривались как важный источник психической энергии. Он также заметил, что наиболее склонными к апоплексии были «тучные, те, у которых лицо и руки синюшные, и те, у которых был неровный пульс». Леон Ростан (Leon Rostan) (1790-1866), врач одной из больниц в Париже, впервые ясно распознал размягчение мозга как самостоятельное поражение, отличное от геморрагического, хотя патогенез еще был не ясен для него. Хотя Rostan различал «оссификацию» мозговых артерий, он не связывал эти поражения, через закупорку артериальной системы, с размягчением мозга. Это представление (Kuhn, 1962) еще не вошло в медицину, но, по крайней мере, он сомневался в том, что размягчение было своего рода воспалительным ответом. Современный врач должен знать, что воспаление было одной из основных медицинских парадигм с середины XVIII века и почти до середины XIX. Первый толчок по выявлению взаимосвязи между болезнью артерий и «размягчением» (ramollissement), как многие английские авторы продолжали называть инфаркт из уважения к Ростану, был дан Abercrombie в позднем издании его учебника (Abercrombie, 1836). Он провел аналогию с гангреней, вызываемой «слабостью циркуляции», которая в свою очередь вторична к «оссификации артерий». Роль артериальной закупорки как первичной причины размягчения мозга была подтверждена другими учеными (Bright, 1831; Carswell, 1838), но теорию воспаления продолжали защищать некоторые ее приверженцы (Cruveilhier, 1842; Durand—Fardel, 1843). Другие считали, что апоплексию может вызывать «церебральная анемия» (в противоположность застою) не только из-за потери крови, но также из-за снижения кровяного давления, особенно в случаях заболеваний сердца (Burrows, 1846). Остальные недостающие звенья в понимании церебрального инфаркта были получены Rokitansky (1804-1878) в Вене и Virchow (1821-1902) в Берлине. Rokitansky разделил размягчение мозга (которое он называл «энцефаломалиция») на три разновидности: 1) красное (геморрагическое) размягчение, воспалительное по природе; 2) белое размягчение (синоним «серозной апоплексии»), вызываемое застоем и отеком; 3) наиболее часто встречающееся желтое размягчение, патогенез которого был неизвестен. Virchow революционизировал медицинское понимание сосудистого заболевания, твердо выделяя значение изменений стенки сосуда, а не крови (Schiller называл это победой «солидизма» над «гуморализмом»; Schiller, 1970). Он также твердо установил, что тромбоз артерий вызывается не воспалением, а жировым перерождением сосудистой стенки. Чтобы его статьи были опубликованы, ему пришлось основать свой собственный журнал (Virchow, 1847, 1856). Для этих изменений артериальной стенки Вирхов вызвал к жизни термин «атеросклероз», который впервые использовал Lobstein (Lobstein, 1829). Затем появилась теория вазоспазма. Артериальный спазм, как причина гангрены конечностей, был описан в диссертации

Raynaud в 1862 г. Его теория вазоспазма была затем перенесена на мозговое кровообращение (Peabody, 1891; Russel, 1909). Вазоспазм оставался наиболее популярной теорией для объяснения ТИА в первой половине XX века и являлся обоснованием для применения так называемых вазодилататоров. Позже сформировалась гемодинамическая теория инсульта. Мысль о снижении кровотока («low flow») как причине церебральной ишемии, вероятно, принадлежит Ramsay Hunt, который провел аналогию между симптомами стеноза или окклюзии сонной артерии и симптомами перемежающейся хромоты у больных с тяжелым атеросклерозом периферических артерий (Hunt, 1914). В середине XX века появилась тромбоэмболическая теория. В 1950-х годах С. Miller Fisher доказал, что патогенез был более сложным, чем предполагает объяснение за счет постоянного сужения артерии. Во-первых, он наблюдал пациента, у которого гемиплегии предшествовал эпизод монокулярной слепоты противоположного глаза. (Fisher, 1952). Во-вторых, благодаря терпеливым и обширным офтальмоскопическим наблюдениям он заметил, что во время эпизода преходящей монокулярной слепоты белые массы продвигались медленно через ретинальные артерии, беловатый вид и рыхлость движущегося материала позволяли считать, что это были эмболы, в значительной степени состоящие из тромбоцитов (Fisher, 1959). Таким образом, артерио-артериальная эмболия из атероматозных бляшек кажется на сегодняшний день важным фактором для объяснения ТИА и инсультов.

Экстравазаты крови в мозговое вещество были впервые распознаны Wepfer (1658) и Morgagni (1761). Причина оставалась неясной. (Adams & vander Eecken, 1953). В 1885 г. до того, как научились измерять артериальное давление, Kirkes наблюдал гипертрофию сердца у 17 из 22 больных с фатальным кровоизлиянием в мозг (Kirkes, 1855). Charcot и Bouchard в 1868 г. исследовали мозг больных, умерших от кровоизлияния в мозг. Они погружали его в проточную воду и нашли множественные крошечные расширения мелких кровеносных сосудов, так называемые милиарные аневризмы (Charcot & Bouchard, 1868). Аневризмы, описанные Charcot и Bouchard, были белыми или коричневыми узелками от 0,5 до 2,0 мм в диаметре, прикрепленными к мелкой артериоле, чаще всего в области базальных ганглиев. В начале этого века теория Charcot и Bouchard подверглась критике, и некоторые исследователи предположили, что большинство этих расширений было вовсе не аневризмами, а закупоривающимися тромбами в местах разрывов (Ellis, 1909). Альтернативные объяснения патогенеза внутримозгового кровоизлияния включали предшествующий инфаркт в мозговой ткани и капиллярных сосудах. Учитывая частое наличие гипертензии, Rosenblath утверждал, что почечные токсины вызывали некроз сосудистых стенок (Rosenblath, 1918), а Westphal считал, что сосудистый спазм был промежуточным фактором (Westphal, 1932). Согласно другой теории, предполагалось, что артерии расширяются и разрываются, только если до этого наступил инфаркт ткани, который лишил питающий сосуд его нормальной опоры (Hiller, 1935; Globus et al., 1949; Schwartz, 1961). В 1960-х годах инъекционная техника восстановила представление о микроаневризмах (Ross Russell, 1963; Cole & Yates, 1967). «Менингеальная апоплексия» интересовала не только практикующих врачей и анатомов, но и историков медицины (Ljunggren et al., 1993). Первое описание аневризмы, хотя и неразорвавшейся, было сделано в 1765 г. Biumi, который обнаружил ее не на сосудах вилизиева круга, а в кавернозном синусе (Biumi, 1765). Morgagni в 1761 г. также упоминал о расширениях артерий, которые могли быть аневризмами. Прошло много времени, прежде чем были определены клинические проявления аневризм. Brinton (1852) отмечал, что фатальный разрыв не является единственно возможным проявлением аневризмы и что другими проявлениями были локальное давление, приступы судорог или воспаление (здесь он, вероятно, имел в виду размягчение мозга, которое едва распознавалось в то время). Он также обнаружил, что у пациентов могли быть аневризмы вовсе без каких-либо симптомов. Из технических новшеств, которые сделали гораздо более легким постановку диагноза аневризматического субарахноидального кровоизлияния при жизни, первым была люмбальная пункция, введенная с лечебной целью у больных с гидроцефалией (Quinke, 1891). Froin в своей диссертации в 1904 г. исследовал спинномозговую жидкость на наличие клеток крови и после гемолиза - пигментов. Следующим шагом была нейрорадиология. Сообщение о первой ангиографической визуализации аневризмы сосудов мозга при жиз-

ни относится к 1933 г. (Moniz, 1933). К счастью, техника магнитно-резонансной ангиографии быстро продвигается вперед и может скоро заменить инвазивные методики, по крайней мере, для целей диагностики (Atlas et al., 1994; Korogi et al., 1994). Наибольшим успехом в наше время стало введение компьютерной томографии (КТ) (Hounsfield, 1973). Эта техника позволила точно определить размер кровоизлияния, отличить аневризматическое кровоизлияние от неаневризматического, при серийных исследованиях выявлять и различать наиболее важные осложнения: повторное кровотечение, отсроченную ишемию и гидроцефалию. Наши методы обследования сегодня не ограничиваются умершими, как это было раньше, и они очень развились, вначале за счет ангиографии, затем – благодаря изображению структур мозга и измерениям кровотока и метаболизма головного мозга, а недавно — за счет таких неинвазивных методов изображения сосудов, как ультразвук и магнитно-резонансная ангиография. Все же наши наблюдения в большей степени анатомические, и проводятся после того, что произошло с больным. Мы можем выявлять пациентов с большим или меньшим риском инсульта, но только в редких случаях способны реконструировать его патогенез инсульта. Таким образом, проблема инсульта остается предметом дальнейшего интенсивного изучения, при необходимости разработки новых методов диагностики и лечения.

СТАНОВЛЕНИЕ ВАЛЕОЛОГИИ, КАК НАУЧНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ, НА КАФЕДРЕ ГИГИЕНЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Борисова Т.С., Солтан М.М., Лабодаева Ж.П., Болдина Н.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Вопросы формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) были и остаются достаточно актуальными, что связано с неблагоприятными тенденциями в состоянии здоровья населения нашей страны: рост хронической неинфекционной патологии, в том числе среди детей и подростков, снижение рождаемости, рост смертности среди лиц трудоспособного возраста. Как следствие, кризисная демографическая ситуация, снижение трудового и репродуктивного потенциала страны. На сегодняшний день в Республике Беларусь 91,3% мужчин и 85,7% женщин трудоспособного возраста имеют от одного до пяти основных поведенческих факторов риска, способствующих ухудшению показателей здоровья. Такая ситуация диктует необходимость совершенствования методов диагностики здоровья, разработки новых методов и способов профилактики социально значимых заболеваний, а в целом – пересмотра позиций здравоохранения и поиска более эффективных путей здоровьесбережения.

Преподавание основ формирования здорового образа жизни (в аспекте гигиенического воспитания) всегда присутствовало в курсе гигиены детей и подростков, а наиболее актуальные аспекты здорового образа жизни были в центре научных изысканий сотрудников кафедры. Ярким подтверждением тому являются исследования проблемной научной лаборатории по гигиене двигательной активности детей, созданной Н.Т. Лебедевой. Данной проблеме посвящено 9 кандидатских диссертаций, опубликовано около 300 работ. Методики, заложенные сотрудниками научной лаборатории, широко использовались не только отечественными исследователями, но и разных регионов СССР.

Помимо плановых тематик, кафедра с 1994 г. совместно с РНПЦ гигиены и РЦГЭ являлась соисполнителем Государственной научной программы «Здоровье и окружающая среда» по заданию 01 ГНТП «Изучить условия формирования здоровья подрастающего поколения, разработать критерии оценки состояния здоровья школьников в системе формализованных показателей»; принимала участие в комплексных научных исследованиях по медико-педагогическим проблемам «Здоровье студенческой молодежи», «Здоровый образ жизни и валеологическое образование детей, под-

ростков и молодежи»; по инициативе практического здравоохранения проводила (2004-2005 гг.) научные исследования «Оценка эффективности оздоровления детей в школе с физкультурно-оздоровительным уклоном».

Итоги научных исследований кафедры в данном направлении широко представлены в докладах на различных международных и республиканских форумах, в научных публикациях, монографиях, учебно-методических пособиях и популярных энциклопедических изданиях для населения, среди которых:

1. Лебедева, Н.Т. Профилактическая физкультура для здоровых детей: Справ. пособие. – Мн., 1993. – 208с.
2. Лебедева, Н.Т. Формирование здорового стиля жизни школьников. – Мн.: Нар. асвета, 1996. – 144с.
3. Лавриненко, Г.В. (соавторство) в Энциклопедических справочниках «Культура питания», 1991г., «Здоровье без лекарств», 1994г. и Энциклопедии «Все для молодой семьи», 1995г. издательства «Белорусская энциклопедия»; Энциклопедическом справочнике «Книга о питании, продуктах и блюдах», 1995г., совместное издание «Белорусской энциклопедии» и издательства Москва «ЭКСПО».
4. Лабодаева, Ж.П. Медицинский справочник для родителей «Папа, мама и я – спортивная семья»/ под ред. С.И. Тена, Минск, 1999г. – с. 248-282.

Практические рекомендации всех защищенных на кафедре диссертаций в той или иной мере касались проблем формирования здорового образа жизни у детей и подростков, в частности, исследование и обоснование двигательного режима дифференцированно в зависимости от возраста, пола, наличия или отсутствия нарушений в состоянии здоровья.

Здоровый образ жизни не возникает спонтанно, несомненно, его определяют социально-экономические, материально-технические и природные условия, но, имея благоприятный базис, необходимо иметь ещё и знания. В последнее время становится актуальным термин о том, что искусство продления жизни – это, прежде всего, искусство не укорачивать её. В связи с этим, интерес к здоровому образу жизни привлекает все более пристальное внимание широких слоев населения. По данным социологических опросов, проведенных в 2009г. НАН РБ, 69,5% респондентов считают, что сегодня модно вести здоровый образ жизни. Население республики нуждается в распространении информации о сохранении здоровья.

Продолжая устоявшиеся традиции, коллектив кафедры и сегодня активно участвует в научных исследованиях и распространении знаний среди разных контингентов населения по различным аспектам формирования здорового образа жизни. Только за последние 3 года на счету немногочисленной по штатному составу кафедры более 20 выступлений с лекциями на различных предприятиях и в общеобразовательных учреждениях г. Минска, участие в программах белорусского телевидения «Здоровье» и «Здравствуйте доктор», 7 публикаций в газетах и журналах, ежегодные публикации по донозологической диагностике в зарубежных сборниках научных трудов. Кафедра выступала одним из организаторов проведения и активным участником научно-методической конференции «Здоровый образ жизни: теория и практика профилактической медицины», республиканской научно-практической конференции «Здоровый образ жизни: медико-социальные аспекты». Традиционным стало участие сотрудников кафедры в Международной выставке-ярмарке, которая ежегодно проводится в г. Бресте под девизом: «Содействие здоровому образу жизни». В рамках Единых дней здоровья на кафедре систематически проводится общественная и консультативная работа со студентами, организуются круглые столы, дискуссии, тематические информационные часы, дни и недели, смотры-конкурсы печатных средств пропаганды ЗОЖ. Широко привлекаются и сами студенты для выполнения научно-исследовательских работ по различным аспектам сохранения и укрепления здоровья человека. Лучшие работы представляются к участию в ежегодных университетских научно-практических конференциях студентов и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины», а также в республиканском смотре-конкурсе студенческих научных работ.

Валеологические знания сегодня нужны всем тем, кто хочет быть здоровым, а это любой здравомыслящий человек и, в первую очередь, тому, кто учит других здо-

ровьесбережению. Уже давно стало привычным, что на страже нашего здоровья стоит медицинская служба, поэтому знания основ валеологии необходимы каждому современному врачу, независимо от профиля его работы.

Ведущая роль в распространении гигиенических знаний, продвижении идей здорового образа жизни и повышении валеограмотности населения, несомненно, принадлежит врачам-гигиенистам, что определяет специфику их подготовки - необходимость целенаправленного овладения основами валеологических знаний и выработки валеологического мышления. Теоретическую основу подготовки будущих специалистов валеологов составляет три положения: формирование гигиенического представления о здоровье; выработка концепции здорового образа жизни как системы комплекса мер; представление о возможных методах, формах и средствах формирования такого образа жизни как конечной цели воспитания человека.

Накопленный кафедрой гигиены детей и подростков научный теоретический и практический опыт в области здорового образа жизни способствовал становлению и развитию валеологии как самостоятельной дисциплины, которую начали преподавать в БГМУ в 1991 г.

В историческом плане преподавание любой дисциплины имеет определенную последовательность и динамичность, валеология не исключение. Вначале это были основы личной гигиены и здорового образа жизни для студентов 1 курса лечебно-профилактического факультета в объеме 40 аудиторных часов. В 2000 году (в 2011 году в новой редакции) утверждена межкафедральная программа по валеологии для студентов педиатрического и лечебного факультетов. С 2002 года – основы здорового образа жизни для студентов 1 курса медико-профилактического факультета в объеме 36 часов. С 2008 года – валеологию студентам 3 курса медико-профилактического факультета в объеме 72 часов.

Валеология, как самостоятельная дисциплина, ставит определенные цели: валеологизация знаний будущих специалистов и выработка валеологического мышления; создание мотиваций к здоровому образу жизни; выработка умений проведения донозологической диагностики, составления валеологического прогноза и разработки научно обоснованных рекомендаций по формированию ЗОЖ; обучение методологии пропаганды ЗОЖ.

Реализация валеологического обучения на медико-профилактическом факультете БГМУ осуществляется по двум взаимодополняющим направлениям: посредством специализированного обучающего курса и интегративных взаимосвязей с другими предметами, такими как физиология, анатомия, биология и основы генетики, физическая культура, экология, гигиена, клинические дисциплины, психология, педагогика, социология, политология, философия, культурология.

Содержание специализированного базового курса на сегодняшний день расширено по объему и тематически, и включает: философско-методологические аспекты и фундаментально-концептуальные основы валеологии; целостное представление о здоровье человека и факторах, его формирующих; знания о резервах здоровья, системах защиты и методах контроля здоровья, немедикаментозной системе оздоровления организма; знакомство с социальными институтами здоровья и общественными основами формирования здорового образа жизни, овладение навыками гигиенического обучения и воспитания населения, методологией валеологического прогнозирования и валеореабилитации - разработки индивидуальных программ оздоровления.

Кафедрой гигиены детей и подростков сформулированы перспективные задачи повышения эффективности не только валеологизации знаний студентов медицинского ВУЗа, но и более действенной реализации их в практике. Совершенствование системы подготовки медицинских кадров в ближайшей перспективе коснется расширения компетенций выпускников медико-профилактического профиля - подготовки по специальности врач-валеолог, что потребуют введения стандарта валеологического образования, основанного на сквозном непрерывном валеологическом воспитании и образовании, а также систематичности и динамичности валеологического обучения с последовательным углублением и усложнением содержательных линий. Базовый, в основном, теоретический курс, должен быть дополнен практическим аспектом приложения – курсом первичной специализации или субординатуры. Перспективы потребуют подготовки

врачей «школьной медицины», так как отсутствие подготовленного исполнителя на местах – одна из причин низкой эффективности многих реализуемых на сегодняшний день профилактических программ. Более того, реалии времени выдвигают особый круг обязанностей врача «школьной медицины», в числе которых – осуществление донозологической диагностики; внедрение передовых технологий оздоровления детей и подростков; использование мониторинговых методов контроля за состоянием их здоровья; проведение корректирующих мероприятий как на индивидуальном, так и на групповом уровнях; реализация современных направлений профилактической медицины, что под силу высококвалифицированному специалисту, владеющему методологией работы на коллективном и популяционном уровне – врачу-профилактику.

Нововведения потребуют решения ряда задач: создание правовых, нормативных, материальных, организационных, научно-методологических и учебно-методических основ функционирования, без которых невозможна эффективная и высококачественная подготовка специалистов в соответствии с требованием времени.

Сегодня валеология становится востребованной наукой, практическое воплощение которой может эффективно решить проблемы сохранения здоровья населения в ближайшей перспективе.

ВЕРХОВИЧСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ 40 ЛЕТ

Брусевич В.А., Региневич И.И.

УЗ «Туберкулезная больница «Верховичи»

Строительство крупной противотуберкулезной больницы в Верховичах вызвано необходимостью укрепления коечной сети в связи с разбросанными маломощными койками по всей области, где невозможно в новых условиях проведения полноценного диагностического и лечебного процесса.

Строительство Верховичской туббольницы начато с конца 1966 г. и завершилось в 1972 г. в лесном массиве в д. Верховичи, где с 1960 г. размещался санаторий на 75 коек для лечения больных легочным туберкулезом, в основном с хроническими формами.

Основное здание санатория представляло собой казарму, в которой размещался пограничный отряд, позже лагерь перемещенных лиц, возвращающихся в СССР из-за границы. Санаторий располагал комплексом зданий вспомогательных служб, жилых корпусов для сотрудников.

Технически санаторий был оснащен рентгеновским аппаратом первых поколений, аппаратами «Кокчетав» для наложения искусственного пневмоторакса и пневмоперитонеума, ингалятором.

Первым главврачом этого санатория был Климук Анатолий Иванович, который вскоре переехал в г. Брест на должность рентгенолога облонкодиспансера, а в 1963 г. на эту должность назначен Докучиц Александр Алексеевич. В 1967 г. после окончания Витебского медицинского института в санаторий направляется второй врач Шалоник Иосиф Казимирович, который назначается главврачом этого санатория и завершает строительство многопрофильной туберкулезной больницы. Докучиц А.А. переводится на должность зам. главврача по медицинской части Столинской ЦРБ, позже назначается главврачом Малоритского района.

После завершения строительства туббольницы и ликвидации костно-суставного санатория «Домачево» главным врачом Верховичской больницы назначается бывший главврач этого санатория Трибунько Онуфрий Прокофьевич, который проработал три года в этой должности и переводится главврачом санатория «Берестье». Следующие три года главврачом больницы был Пищ Эдуард Иванович. Последний много сделал по оснащению больницы оборудованием, налаживанию работы вспомогательных служб: рентгеновской, клинко-бактериологической, физиотерапевтической, хозяйст-

венной, укомплектованию врачебными кадрами, средними медработниками, налаживанию должного лечебного и диагностического процесса.

В 1980 г. на должность главврача назначается Пилюк Михаил Иванович, молодой энергичный руководитель, переведенный из Сухопольской участковой больницы, который продолжил работу своих предшественников. Вместе с ним прибыла его супруга Пилюк Нина Владимировна – врачом-стоматологом, организовавшая работу этой службы. В больнице вначале было развернуто 400 коек, из них 200 – для лечения больных туберкулезом легких и 200 – для лечения больных костно-суставным туберкулезом. По мере снижения заболеваемости костно-суставным туберкулезом данные койки постепенно сокращались.

С декабря 2000 г. на должность главврача назначается заведующий Верховичской участковой больницы Брусевиц Валентин Анатольевич. В 2005 г. на базе одного из костно-суставных отделений открывается отделение для принудительного лечения больных туберкулезом легких. А в 2009 г. на базе второго костно-суставного отделения открывается отделение для лечения хронических форм туберкулеза легких. В настоящее время в больнице функционирует 160 коек – 4 отделения по 40 коек.

В больнице работает 162 сотрудника, среди них 9 врачей, среди них двое с высшей категорией, 6 с первой и 1 со второй.

53 человека среднего медперсонала. Из них 16 с высшей категорией, 29 с первой, 5 со второй. 101 человек прочего медперсонала, включая младший медицинский персонал.

На должном уровне развита материально-техническая база, в 2011 году установлен новый рентгенаппарат КОСМОС Универсал ТОМО, благодаря помощи Глобального Фонда ПРООН «Поддержка ГП «Туберкулез» в РБ, современной аппаратурой оснащена бактериологическая лаборатория. С целью соблюдения общественного порядка пациентами в больнице функционирует милицейский пост Департамента охраны, организовано видеонаблюдение.

Основная масса работников – это старожилы. 40 лет работает в больнице врач-фтизиатр Мельникова В.Ф., медицинские сестры Данилюк В.И., Пшонко В.А.. Свыше 30-ти лет работают Регинвич И.И., ныне заместитель главврача по лечебной работе, заведующие отделениями Мухлядо А.Ч., Мухлядо В.Н., старшие медицинские сестры Осоприлко В.Ф., Хмара Л.И., Трофимова З.Н., Пивник Р.В., медицинские сестры Наумчик Н.В., Шидловская Р.Ф., Кошевская Л.П., Лавринюк Л.С., Герасимук И.В., Рыбак О.Н. и многие другие.

В туббольнице активно проводится профсоюзная работа, все работники являются членами профсоюза. Благодаря усилиям председателя профсоюзного комитета Трофимовой З.Н., организована художественная самодеятельность, проводятся спортивные мероприятия. Участники художественной самодеятельности постоянно участвуют в областных конкурсах, выезжают с концертами к коллегам Каменецкой ЦРБ и Брестский ОПТД.

Весь коллектив достойно встретил 40-летие больницы и полон сил, энергии и желания дальше работать в столь нелегких условиях.

ЭТАПЫ ТВОРЧЕСКОГО ПУТИ ПРОФЕССОРА А.С. ЛЕОНТЮКА С 1971 ПО 2010 годы

Бутенко А.Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Работа посвящена выдающемуся ученому и педагогу - проф. Анатолию Сергеевичу Леонтьюку. 5 апреля ему исполнилось бы 80 лет. Многолетний и добросовестный труд Анатолия Сергеевича не должен быть забыт. В работе описывается лишь небольшой отрезок жизненного пути профессора, за который он успел многого достичь не только в научной деятельности, но и в педагогической. С приходом на кафедру гис-

тологии, эмбриологии и цитологии профессор Леонтьук многое сделал для оптимизации учебного процесса. Благодаря ему, одним из первых в стране на кафедре появился компьютерный класс, который функционирует на протяжении последних 25 лет. Под руководством Анатолия Сергеевича на кафедре разворачиваются комплексные исследования по единой тематике, учитывающей исторически сложившиеся на кафедре научные традиции, направленные на познание закономерностей онтогенетического развития и имеющие теоретическое и прикладное значение. Профессор, помимо науки и педагогики, занимался еще и общественной работой не только в БГМУ, но и в МЗ Республики Беларусь. О наградах и заслугах ученого можно говорить очень долго. К примеру, Анатолий Сергеевич в 2004 г. стал Лауреатом Государственной премии Республики Беларусь по науке и технике, также он является заслуженным работником образования Республики Беларусь, награжден орденом «Дружбы народов» и т.д. Но не меньшей наградой для Анатолия Сергеевича было и уважение, которым он пользовался среди коллег, и признательность его многочисленных учеников. До последнего дня своей жизни профессор был полон творческих планов, посвящал себя и свой богатый научный и творческий потенциал развитию кафедры, передаче опыта молодежи. Его жизнь, преданность избранной профессии, увлеченность научной и преподавательской деятельностью – пример для подражания, маяк, указывающий, каким надлежит быть истинному педагогу, ученому, настоящему человеку».

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ НА ЗАЩИТЕ ЗДОРОВЬЯ

Валендович Г.В., Иванова В.И.

ГУ «Республиканский госпиталь МВД Республики Беларусь»

Как в жизни человека, так и в жизни любого коллектива, юбилейные даты - это события, которые не проходят без внимания. В феврале 2012 года ГУ «Республиканский госпиталь» МВД Республики Беларусь исполнилось 55 лет.

Сегодня ГУ «Республиканский госпиталь» МВД вырос до 4-х корпусов - это современное лечебное учреждение, где в 18 современных отделениях и 8 укомплектованных новейшим оборудованием лечебно-диагностических кабинетах получают медицинскую помощь в стационарных условиях сотрудники и ветераны органов внутренних дел, органов финансовых расследований, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям, военнослужащих внутренних войск МВД, органов следственного комитета, а так же члены их семей.

На 400 койках ежегодно проходят лечение около 10 тысяч пациентов, из них трудоспособного населения около 7 тысяч - 70%; и около 3 тысяч пенсионного населения.

Главное богатство госпиталя - это его сотрудники, сочетающие глубокие знания, большой опыт практической работы. Сегодня коллектив госпиталя - это дружный, работоспособный, профессиональный коллектив единомышленников.

В основе той и другой профессии должны лежать общие фундаментальные знания, а полноценная профессиональная деятельность должна включать три взаимосвязанные составляющие: философию, теорию и практику, от соотношения которых и зависит уровень профессионализма.

В госпитале созданы все условия для профессионального роста сестринского персонала, чтобы каждый специалист совершенствовался в своей профессии, приобретал новые навыки, осваивал новые технологии. Для этого в госпитале выработана и успешно функционирует система подготовки:

- на рабочих местах (по профилю работы отделения);
- в общегоспитальном масштабе - в виде лекций, семинаров, конференций, практических занятий и ситуационных задач;
- на курсах повышения квалификации и переподготовки в учебных заведениях МЗ (в среднем в год около 60-70 сотрудников).

Полученные теоретические знания и практические навыки подтверждались успешной сдачей зачетов по многим разделам сестринской работы, а также при сдаче экзаменов на присвоение квалификационных категорий в республиканской аттестационной комиссии МВД.

В настоящее время приоритетной задачей для здравоохранения является повышение качества медицинской помощи населению. И в этой связи необходимо отметить, что качество медицинских услуг напрямую зависит от степени профессиональной подготовленности медперсонала.

Высокая квалификация специалистов госпиталя дает возможность на более высоком профессиональном уровне оказывать медицинскую помощь, грамотно осуществлять медицинский уход за пациентами, качественно выполнять функциональные обязанности по должности. В нас верят наши пациенты, ценит руководство, уважают коллеги.

С каждым годом возрастают требования к медперсоналу по вопросам соблюдения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в организации здравоохранения.

Медицинские сестры являются самыми активными участниками в организации безопасной больничной среды, т.к. на их плечи возложена организация и выполнение санитарно-гигиенического режима, режима дезинфекции, стерилизации изделий медицинского назначения, организация и выполнение многих противоэпидемических мероприятий.

Гарантом качества безопасности выполняемых инвазивных вмешательств в госпитале в течение многих лет была и остается надежная работа коллектива и имеющегося высококласного оборудования и современных упаковочных материалов ЦСО.

Регулярный бактериологический контроль со стороны РСЭС МВД подтверждает качество работы медсестер по стерилизации, по сохранности стерильности медсестрами в отделениях, по соблюдению должного санитарно-гигиенического режима в госпитале.

Огромную положительную роль в работе среднего медперсонала сыграло открытие в 2011 году дезинфекционного отдела в республиканском госпитале по обеспечению централизованной дезинфекции медицинских отходов гр. Б методом автоклавирования.

Такая организация позволила сократить непосредственный контакт медперсонала с рабочими растворами дезсредств при проведении дезинфекции огромного количества изделий медицинского назначения одноразового использования. Благодаря такой организации, в госпитале за год экономится до 300 л. дезсредств.

В целях повышения качества выполняемых работ медицинской сестрой, ее результативности в госпитале приведены многие процессы к централизации - это выписка листов нетрудоспособности, справок, осуществление консультаций пациентов в др. клиниках города, это разведение рабочих растворов дезсредств, проведение ПСО и стерилизации инструментария на базе ЦСО.

Важнейшим элементом управления качеством сестринской деятельности является обмен опытом с коллегами республики, с коллегами по ведомству, а также с зарубежными коллегами. Благодаря руководству госпиталя и руководству МВД, 5 медицинских сестер госпиталя, из них: главная медсестра, 3 операционных медсестры, 1 медсестра-анестезист прошли в свое время стажировку в Германии на базе ведущей клиники Берлина, которая обогатила их багаж знаний и позволила, несмотря на разную законодательную базу двух государств, увиденное и осмысленное перенести в организацию работы среднего медперсонала госпиталя и шагнуть намного вперед (во многих разделах сестринской работы) многих ведущих клиник города Минска.

Важное воздействие на профессиональную деятельность медсестер оказывает Совет медицинских сестер Республиканского госпиталя, являющийся организационным и координационным центром по сестринской работе на протяжении многих лет.

Советом проделана большая работа по всемерному содействию наставничества, обмену опытом и повышению мастерства и знаний медсестер. Советом медицинских сестер проводятся конференции, посвященные международному Дню медсестры;

организовываются и проводятся конкурсы медсестер на звание «Лучшая по профессии», демонстрирующие профессиональное мастерство и таланты лучших медсестер Республиканского госпиталя, а также их коллективов, таким образом, поддерживается престиж и значимость профессии в обществе.

Какими бы путями ни шла медицина, каких высочайших технологий она не достигла бы, простые слова «Помоги, сестрица» оставались и остаются паролем человечности и сострадания.

В сестринском коллективе госпиталя есть люди, для которых творить добро - потребность души. Вот уже более 30 лет трудятся в нашем госпитале 20 медсестер, 40 летний юбилей отметили 5 медсестер; 1 медсестра отметила полувековой юбилей своей профессиональной деятельности в Республиканском госпитале, их многолетний и почетный труд высоко ценят коллеги и пациенты.

Врачебное и сестринское дело – взаимосвязанные, гармонично дополняющие друг друга процессы, составляющие две самостоятельные профессии: врачебное дело - изучающее патологические процессы, развивающуюся на их фоне болезнь, способы воздействия на эти патологические процессы, и сестринское дело - изучающее реакцию индивидуума на болезнь и проводимое лечение, имея в виду при этом сестринский уход, как составную часть лечебного процесса.

Коллектив ГУ «Республиканский госпиталь» МВД Республики Беларусь прилагает все усилия для укрепления здоровья людей.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЛИДСКОГО РАЙОНА ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА(1944-1970)

Вальчук Э.А.

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

В годы немецко-фашистской оккупации медицинская помощь населению была дезорганизована. Большинство лечебно-профилактических учреждений были закрыты, а их помещения использовались для других целей. Участковые больницы в дд. Докудово, Белица были сожжены, Ваверская больница разграблена и превращена в место истязания невинных женщин и детей. Установленный гитлеровцами кровавый режим «новый порядок» означал, прежде всего, уничтожение и закабаление местного населения. 8 июля 1941 г захватчики расстреляли 120 больных и медицинский персонал психиатрической больницы в д. Минойты. Летом 1943 г. в д. Спорковщина были уничтожены 10 больных сыпным тифом, расстрел гетто и др. Из сохранившихся медицинских учреждений в городе функционировала больница для местного населения. За определенную плату или взносы продуктами, полотном, дровами и др. население получало медицинскую помощь. Значительный удельный вес госпитализированных составляли инфекционные больные.

21 августа 1943 г. СНК СССР и ЦК ВКП (б) приняли постановление «О неотложных мерах по восстановлению хозяйства в районах, освобожденных от немецкой оккупации», в котором особое внимание уделялось ликвидации санитарных последствий войны, восстановлению и развитию сети лечебно-профилактических учреждений. Уже в августе 1944 г. в городе стали работать городская больница на 125 коек, противотуберкулезный и кожно-венерологический диспансеры, городская поликлиника, женская консультация, 2 врачебных здравпункта, городская аптека, зубопротезная амбулатория, СЭС, госсанинспекция, малярный пункт, районная СЭС, которая в 1945 г. была реорганизована в санэпидотряд. В городе руководство здравоохранением осуществлял горздравотдел.

К концу 1945 г. из запланированных к открытию 20 учреждений функционировало 16. Была развернута кожно-венерологическая больница на 15 коек, детская и женская консультации, станция скорой медицинской помощи, детский дом, ясли на 60

мест, 3 фельдшерских здравпункта. По сравнению с 1944 г. число врачей уменьшилось с 22 до 16 в связи с репатриацией граждан польской национальности в ПНР.

Кроме развития сети городских учреждений, уже к концу 1944 г. в районе функционировали 2 больнично-амбулаторных и 2 врачебно-амбулаторных участка, 4 ФАП, райсанэпидстанция, в 1945 г. был открыт третий больнично-амбулаторный участок. В 3 участковых больницах было 40 коек, в них работали 4 врача, 25 средних медицинских работников. Участковые больницы и врачебные амбулатории располагались в наемных помещениях.

Горздрав подходил узковедомственно к решению вопросов обслуживания сельских жителей, запрещал принимать их в городских учреждениях. В последующие годы ситуация стала улучшаться. В 1947 г. в городской поликлинике 23,3% составили посещения сельских жителей. В городе в состав объединения вошли больница, поликлиника, женская и детская консультации, диспансеры были объединены со стационарами. Работа врачей стала строиться по системе чередования.

В этот период особую опасность для населения представляли эпидемии сыпного и возвратного тифов, кишечных инфекций, малярия, детские инфекции. Для борьбы с тифами, дизентерией и другими инфекциями создавались противозидемические отряды, проводились дезинфекционные мероприятия, прививки, изоляция больных и др. В результате предпринятых мер уже в первый год после освобождения заболеваемость сыпным тифом снизилась в 5,5 раза. В 50-е годы она регистрировалась в единичных случаях, тифы, свежие случаи заболевания малярией в районе не регистрировались.

В городе было организовано 6 терапевтических участков с населением 4,5 - 5 тысяч. Коечная мощность больницы увеличилась до 200 коек. В структуре коечного фонда увеличился удельный вес специализированных коек гинекологических, травматологических, онкологических и др. Число коек в хирургическом отделении увеличилось с 25 (1947 г.) до 40 (1955 г.).

Организационная разобщенность городского и сельского здравоохранения препятствовала обеспечению доступной врачебной помощи сельскому населению. Лидский райздравотдел функции районной больницы возложил на 5-коечную Белоградскую участковую больницу (1955 г.), которые она фактически выполняла формально.

Проводимая в стране в 50-е годы реорганизация сельского здравоохранения коснулась также и Лидского района. В начале 1956 г. был упразднен райздравотдел, руководство здравоохранением города и района возглавил горздравотдел. Однако избранный путь при некоторых положительных сторонах не дал ожидаемых результатов. В других сельских районах области здравоохранение стали возглавлять руководители районных больниц.

Особенности административного деления опять повлияли на структуру руководящих органов здравоохранения на Лидчине. Главные внештатные районные специалисты работали в городской больнице. Объединение сыграло определенную положительную роль в обеспечении врачебной помощи сельским жителям, повысилась ответственность городских учреждений за их медицинское обслуживание. Финансирование городских и сельских учреждений осуществлялось горсоветом.

Кроме того, в целях приближения специализированной врачебной помощи соседним сельским районам – Вороновскому, Радуньскому и Ивьевскому – МЗ БССР весной 1960 г. функции межрайонных учреждений возложило на городскую больницу, кожвендиспансер и тубдиспансер. Штат этих учреждений остался прежним, укомплектованность врачебными кадрами составляла 50%.

60-е годы в связи с ликвидацией и реорганизацией ряда районов Белоруссии к Лидскому району были присоединены г.п. Березовка, часть Желудокского и Дятловского районов. В 1964 г. по примеру Борисовского, Полоцкого, Могилевского и др. районов республики руководство лечебными учреждениями района было возложено на районную СЭС. В 60-е годы еще дважды проводилась реорганизация управления здравоохранением района.

В 1964 г. была вновь организована районная СЭС, главный врач которой являлся одновременно главврачом района. В штат СЭС была введена должность заместителя по медицинской части. Финансирование сельских учреждений осуществлялось

райсоветом, что способствовало дальнейшему развитию материально-технической базы на селе. Было начато строительство Ваверской больницы, закончено строительство Голдовской, открыта Мало-Можейковская больница в здании, выделенном совхозом, и др.

В поисках оптимального варианта управления здравоохранением в 1967 г. было проведено объединение здравоохранения города и района. В городе был ликвидирован горздравотдел, объединены городская, и построенная в 1966 г. детская больница на 120 коек, создана ЦРБ на 450 коек, объединены городская и районная СЭС. В городе было создано 11 терапевтических врачебных участков с населением до 3 тысяч, 5 цеховых врачебных участка, 12 педиатрических.

В 1970 г. функционировали кожно-венерологический и противотуберкулезный диспансеры на 125 коек, 6 участковых больниц на 180 коек, 2 горпоселковых - на 100 коек, одна врачебная амбулатория, 29 ФАП, 15 фельдшерских здравпунктов на промышленных предприятиях. Больничная помощь предоставлялась по 18 врачебным специальностям, в поликлинике врачебный прием велся по 21 профилю.

Особое внимание уделялось охране здоровья матери и ребенка. В ЦРБ были централизованы родильные койки района, в участковых больницах оставлено по одной койке для срочных родов. С 1965 г. не регистрировалась материнская смертность, не было разрывов матки и др., младенческая смертность снизилась по городу с 19,2 до 13,3, по району – с 34,1 до 18,7 на 1000 родившихся живыми.

Таким образом, ряд структурных элементов системы здравоохранения города и района, существовавших ранее самостоятельно и приводивших в определенных случаях к несогласованности и параллелизму в деятельности городских и сельских организаций, а иногда к прямому невыполнению функциональных обязанностей, были объединены и упразднены. Опыт функционирования созданной системы управления здравоохранением показал ее жизнеспособность.

70-е годы характеризовались дальнейшим укреплением материально-технической базы учреждений города и района, развитием специализированной врачебной помощи. ЦРБ превратилась в одну из наиболее крупных многопрофильных больниц в республике. На ее базе неоднократно проводились республиканские и все-союзные совещания организаторов здравоохранения. Был создан коллектив единомышленников, преданных делу охраны здоровья населения, и сегодня мы их с гордостью вспоминаем.

К ИСТОРИИ ПРЕПОДАВАНИЯ “MATERIA MEDICA” В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ

Васильев К. К., Бекало М. С.

Одесский национальный медицинский университет (Украина)

К эпохе античности относится появление термина - «materia medica». Под таким названием известен труд Педания Диоскорида из Аназарб (лат. Pedánius Dioscorídes Anazarbeus, греч. Πεδάνιος Διοσκορίδης Ἀναζαρβο; около 40 н. э.— около 90). Римский гражданин, родом грек Диоскорид был военным врачом в армии императора Нерона. Сочинение своё в пяти томах он написал на греческом языке («Περὶ ὕλης ἰατρικῆς»), но в средневековой Европе оно было больше известно в латинском переводе - «De materia medica» («materia» - материя, вещество). Заголовок книги «De materia medica» на русский язык переводился как «О медицинской материи», или «О врачебной материи» или «О лекарственных веществах». Труд Диоскорида содержит описание более чем 600 лекарственных растений, которые применялись в медицинской практике во времена императоров Клавдия (41-54) и Нерона (54-68), и пользовался непрекращающимся авторитетом вплоть до XVI в.

В XVIII в. Российской империи «materia medica» («материя медика или наука о лекарствах») преподавалась в госпитальных школах, а затем в медико-хирургических

училищах. Так, штат медико-хирургических училищ 1786 г. предполагал в этих училищах трех профессоров: 1. анатомии и хирургии; 2. ботаники, материи медики и химии; 3. патологии и медицинской практики.

Во второй половине XVIII в. на медицинском факультете Московского университета. Семен Герасимович Зыбелин (1735-1802), кроме химии и практической медицины, читал и материю медику. Так, во второй половине 1780-х и на протяжении 1790-х годов объявлялось, что профессор «изъяснять будет, во-первых, о силе простых лекарств, действующих различным образом в теле человеческом, следуя Фогелевской истории материи медицинской, с показанием притом и новых изобретений славнейших мужей; потом присоединит к сему предписываемые в употребительных здесь фармакопеех составления лекарств сложных с их употреблением; и ежели время дозволит, не преминет показать и способ, как должно предписывать лекарства...». Как видим С.Г. Зыбелин излагал «Материю, так называемую Лекарственную» по учебнику профессора геттингенского университета Р.-А. Фогеля (Rudolph Augustin Vogel, 1724-1774) «Historia materiae medicae ad novissima tempora producta» (Leiden und Leipzig, 1758, 1760, 1764 und 1774).

В 1803 г. был утвержден устав Дерпского университета (с 1893 г. - Юрьевский, ныне Тартуский, Эстония). Согласно ему, на медицинском факультете этого университета предусматривалось шесть профессоров, в том числе профессор «диететики, врачебного веществословия (*materia medica*), врачебной истории и врачебной словесности». Таким образом, комплексный профессорский курс состоял из нескольких учебных дисциплин, и, в том числе, профессор этой кафедры читал *materia medica*, которая на русский язык переводится как «врачебное веществословие». Вместе с тем, надо отметить, что к этому времени – начало XIX в. – *materia medica* уже имела две четко обозначенной части: фармация и фармакология. В 1810-1814 гг. Карла Максимовича фон Бэр (1792-1876), ставший одним из основоположников эмбриологии и сравнительной анатомии, проходил курс наук на медицинском факультете этого университета. В автобиографии он пишет, что вначале была фармация, которая читалась два семестра. «Причем на одном семестре мы изучали изготовление лекарственных препаратов, а на другом – сырые лекарственные продукты по их существенным признакам». После этого переходили к изучению фармакологии, которая также читалась два семестра.

В том же 1803 г. был утвержден устав Виленского университета (ныне Вильнюсский, Литва). На медицинском факультете семь профессоров. Наша кафедра именуется – «врачебное веществословие или о врачебных припасах (*materia medica*)».

В 1804 г. Александр I подписал университетские уставы для остальных университетов империи – Московского, Харьковского и Казанского. Он известен как первый общий университетский устав Российской империи. Согласно этому уставу, на медицинском факультете шесть профессоров, а наша кафедра названа: «врачебное веществословие, фармация и врачебная словесность». Таким образом, комбинированный профессорский курс по этой кафедре включал три учебные дисциплины: 1) врачебное веществословие; 2) фармацию; 3) врачебную словесность. Впервые *materia medica* разделена на две учебные дисциплины - «врачебное веществословие» («врачебное веществословие» в узком понимании – как синоним фармакологии, позднее вместо словосочетания «врачебное веществословие» станет употребляется термин фармакология) и «фармацию».

В сентябре 1805 г. ректором Петербургской медико-хирургической академии (ПМХА) стал Иоганн-Петер Франк (1745-1821). Уже в ноябре 1805 г. он представил министру внутренних дел план преобразования Академии, который предусматривал значительное расширение программы преподавания. К концу ноября этого же года министр сообщил о своем согласии с планом и предложил конференции Академии приводить его в исполнение. На основании плана преобразования академии И.-П. Франк составил её устав и штаты и 18/30 декабря 1806 г. они были утверждены. Устав И.-П. Франка предусматривал в Академии семь кафедр медицинского профиля и, в том числе, кафедру «общей терапии и материи медики». Таким образом, этот устав вернулся к учебной дисциплине *materia medica* (в отличие от первого общего университетского устава Российской империи 1804 г., где материя медики разделена на два предмета преподавания: «врачебное веществословие» и «фармацию») и, кроме того, объе-

динил преподавание материи медики на одной кафедре (одним профессорам) с «общей терапией». Однако, через два дня после утверждения нового устава введение его в действие было приостановлено, ввиду противодействия лейб-хирурга Александра I Я.В. Виллие (1768-1854).

Следующий устав ПМХА был принят в 1808 г. Он предусматривал как кафедру «фармацевтической науки (фармация)», так и кафедру «ботаники и фармакологии». Таким образом, в соответствии с первым общим университетским уставом Российской империи (1804 г.), в уставе Академии 1808 г. нет одной учебной дисциплины *materia medica*. Она разделена на две – «фармация или искусство составлять лекарства по предписанию врачей» (как синоним дано - «фармацевтическая наука») и «фармакология». Впервые устав высшей школы Российской империи использует термин «фармакология» вместо «врачебное веществословие» (в узком смысле этого слова). Вместе с тем, в ПМХА по понятным причинам не было философского факультета, которые были в российских университетах и где медики изучали математику, физику, химию, минералогию, ботанику, зоологию. Поэтому Устав Академии предусматривал соответствующие четыре кафедры и присоединил к одной из них «фармакологию», а к другой «наставление писать рецепты»: 1) математико-физика; 2) зоология и минералогия; 3) ботаника и фармакология; 4) химия и наставление писать рецепты.

В 1835 г. был принят новый устав ПМХА. В параграфе 111 этого устава перечисляются предметы преподавания. Среди них «фармация теоретическая и практическая» и «врачебное веществословие (*materia medica*) с включением токсикологии и учения писать рецепты». Как видим, название дисциплины «фармакология» сразу не прижилось, хотя после принятия предыдущего устава ПМХА 1808 г., где впервые используется термин «фармакология», прошло более четверти века. Устав Академии 1835 г. вернулся к старому, проверенному временем термину, которому уже много веков и который использовал ещё Педаний Диоскорид. Но здесь надо ещё раз обратить внимание, что словосочетание «врачебное веществословие или *materia medica*» используется в узком понимании, то есть как синоним «фармакологии», так как «фармация» уже выделена из материи медики в отдельную учебную дисциплину. Вместе с тем в этом же уставе Академии 1835 г., в 124 параграфе, где перечисляются «публичные испытания студентам на звание лекаря» среди других «предметов» под пунктом четыре приводит «фармакологию с включением токсикологии и рецептуры» (под пунктом пять указана «фармация»). В параграфе 140 «об учебных пособиях», которые полагаются быть в Академии указаны как «аптека с фармацевтической лабораторией», так и «фармакологический кабинет». Профессоров по-прежнему меньше, чем предметов преподавания, а это значило, что один профессор должен был читать более чем одну учебную дисциплину. Поэтому в уставе отмечено: «§ 112. Соединение и разделение учебных предметов, для уравнивания трудов между профессорами, смотря по удобности, предоставляется конференции академии с утверждением министра внутренних дел».

В 1835 г. Николаем I был подписан второй общий университетский устав Российской империи. На медицинском факультете уже 10 профессоров. Наша кафедра имеет длинное название – «Врачебное веществословие: а) общая терапия, б) врачебное веществословие, токсикология и изъяснение минеральных вод, в) фармация, г) рецептура, д) диететика или гигиена». Таким образом, устав 1835 г., подтверждая первый общий устав Российских университетов 1804 г., предусматривает преподавание «врачебного веществословия» (используется не термин «фармакология», а как синоним «врачебное веществословие») как отдельную учебную дисциплину. Однако отдельного профессора для этой дисциплины по-прежнему нет. Один профессор должен был преподавать несколько учебных дисциплин, в том числе и «фармацию», и «врачебное веществословие», которые совсем недавно - к началу XIX в.- были одной учебной дисциплиной – *materia medica*.

В 1863 г. император Александр II подписал третий общий университетский устав Российской империи. На медицинском факультете устав предусматривал уже 17 кафедр. Среди других есть как кафедра фармации (точнее - «фармакогнозия и фармация»), так и фармакологии («фармакология теоретическая и экспериментальная, при ней: а) рецептура, б) учение о минеральных водах»). Таким образом, впервые устав

1863 г. предусмотрел двух профессоров на эти две дисциплины.

В 1884 г. был введен последний – четвертый – общий университетский устав Российской империи. На медицинском факультете 23 профессора (кафедры). Есть как кафедра «фармакогнозии и фармации», так и «фармакологии с рецептурой, токсикологией и учением о минеральных водах».

Итак, во-первых, в XVIII – начале XIX вв. в Российской империи как учебная дисциплина преподается *materia medica* (материя медика), которая на русский язык переводится как «врачебное веществословие».

Во-вторых, в 1804 г. первым общим университетским уставом материя медика (врачебное веществословие) разделена на две учебные дисциплины – «врачебное веществословие» (в узком понимании этого слова, т.е. фармакологию) и «фармацию», но их преподает один профессор. Это разделение материи медики на две учебные дисциплины, подтверждает и второй общий университетский устав Российской империи 1835 г., но они по-прежнему преподаются одним профессором. Третий (1863) и четвертый (1884) общие университетские уставы не только закрепили разделение материи медики на две учебные дисциплины, но и предполагали наличие двух профессоров (двух кафедр) для их преподавания.

В-третьих, в XIX столетии термин материя медика (врачебное веществословие) использовался не только для обозначения фармакологии с фармацией, но и в узком смысле – как синоним только фармакологии.

СТАНОВЛЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ СЛУЖБЫ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Вергун О.М., Камышников В.С., Григорьев И.М., Шмигельский А.А.

*УЗ «Минская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

В основе развития направлений клиничко-лабораторных исследований, ориентированных на диагностику и дифференциальную диагностику острых отравлений, лежит использование тридцатилетнего опыта практической деятельности химико-токсикологической лаборатории, функционирующей при Республиканском центре острых отравлений. Это во многом связано с тем, что в данной лаборатории на протяжении всего периода ее существования использовались наиболее высокотехнологичные методы аналитического исследования широкого спектра токсических веществ, что позволяло реализовать ее большие потенциальные возможности в случае техногенных катастроф, массовых отравлений неизвестной природы. К настоящему времени в химико-токсикологической лаборатории, располагающейся на базе больницы скорой медицинской помощи г. Минска, накоплен значительный опыт по клиничко-лабораторной диагностике острых отравлений химической этиологии [1], который распространяется и на деятельность других аналогичных лабораторий.

Это важное обстоятельство дало мощный импульс развитию химико-токсикологической диагностики острых отравлений в лечебно-профилактических учреждениях других регионов страны и повлекло за собой кардинальные изменения во всей структуре химико-токсикологической службы. В настоящее время химико-токсикологические лаборатории функционируют при всех областных наркологических диспансерах и в двух межрайонных (в Мозыре и Светлогорске). Всего в Республике Беларусь насчитывается 10 химико-токсикологических лабораторий, составляющих важное звено деятельности клиничко-лабораторной службы Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Эта деятельность направлена на экспертизу алкогольного и наркотического опьянения, обнаружение в биологических жидкостях и тка-

нях химических соединений, вызывающих отравления и состояние одурманивания. Однако диагностика острых отравлений по-прежнему возлагается в основном на клиническую химико-токсикологическую лабораторию, организованную при Республиканском центре по лечению острых отравлений на базе УЗ «Городской клинической больницы скорой медицинской помощи» г. Минска; в областных и районных центрах эти задачи решаются с привлечением сотрудников лабораторий службы судебно-медицинских экспертиз.

С учетом того, что от качества результатов проводимых химико-токсикологических исследований зависят правильная тактика лечения, а в некоторых случаях и социально-правовая оценка действий пациента, весьма перспективными направлениями дальнейшего развития химико-токсикологической службы являются унификация лабораторных методов исследования, их активное внедрение в деятельность химико-токсикологической службы, обеспечение специализированных учреждений современной приборной базой, реагентами, стандартами, калибраторами и контрольными материалами, проведение мероприятий по исключению лабораторных ошибок [3], а также специализированная профессиональная подготовка, организация системы внешнего контроля качества лабораторных исследований, которая в настоящее время отсутствует. Требуется тщательная проработка правовых, методологических и профессиональных аспектов химико-токсикологической лабораторно-диагностической службы для реальной защиты как персонала, проводящего исследование, так и прав обследуемого пациента [4].

Поскольку для обеспечения получения точных, надежных результатов исследования целесообразно оснащение химико-токсикологических лабораторий дорогостоящими компьютеризированными аналитическими комплексами, не имеющими отечественных аналогов, весьма перспективным и оправданным представляется организация централизованных химико-токсикологических лабораторий, что даёт возможность их полноценного оснащения и дальнейшей модернизации [7].

С учетом того обстоятельства, что в диагностике острых отравлений имеют значение не только определение содержания в исследуемом биологическом материале самого токсического агента, но и его метаболитов, а также оценка особенностей состояния пациента и изменения показателей ряда традиционно используемых в лечебно-профилактических учреждениях лабораториях лабораторных тестов, необходима правильная интерпретация полученных результатов [6], что требует дальнейшего совершенствования подходов к обучению в системе повышения квалификации и переподготовки персонала лабораторий.

В связи с этим большое значение приобретают курсы повышения квалификации врачей лабораторной диагностики и подготовка кадров высшей научной квалификации в области химико-токсикологического анализа. Действующая программа повышения квалификации врачей на кафедре клинической лабораторной диагностики ГУО «БелМАПО» отражает основные аспекты организации токсикологической лабораторной службы, а также вопросы клинко-лабораторной диагностики отравления этанолом и его суррогатами, наркотическими средствами, действующими на опиоидные рецепторы, летучими токсикантами и веществами, оказывающими стимулирующее действие на центральную нервную систему. Освещены современные сведения по фармакокинетике и фармакодинамике токсикантов, отражены вопросы контроля качества при выполнении исследований в области химико-токсикологического анализа.

Успешная реализация намеченных направлений деятельности службы химико-токсикологического анализа внесет дальнейший большой вклад в профилактику отравлений наркотическими и психотропными веществами [2].

Литература

1. Векслер, П. Информационные ресурсы в области токсикологии, 3-е изд. Сан - Диего: Academic Press, 2000.
2. Вклад кафедры клинической лабораторной диагностики БелМАПО в развитие химико-токсикологической службы Республики Беларусь / В.С. Камышников, А.Т. Кузьменко, А.М. Чубуков, О.М. Вергун, Л.И. Алехнович, Л.Н. Боровикова, И.Д. Шилейко //Ars Medika – 2010. – №.4. – С. 11-15
3. Горбачева Т.В., Бушуев Е.С. Состояние и перспективы развития аналитической

токсикологии // том 11, токсикология, декабрь 2010

4. Кельнер Р. Аналитическая химия. Проблемы и подходы / Р. Кельнер, Ж.-М. Мерме. — М.: Мир: ООО «Издательство АСТ», 2004. — 608 с.
5. Назаренко Г.И. Управление качеством лабораторных исследований / Г.И. Назаренко, А.А. Кишкун. — М.: Медицина, 2002. — 360 с.
6. Уразаев, Т.Х. Опыт организации работы химико-токсикологической лаборатории Свердловского областного центра острых отравлений / Т.Х. Уразаев, К.М. Брусин // Урал. гос. мед. акад., обл. центр по лечению острых отравлений. — Екатеринбург, 2006. — 36.
7. Robert J. Flanagan, Andrew Taylor, Ian D. Watson, Robin Whelpton. Fundamentals of Analytical Toxicology. John Wiley & Sons: 2007.

К ИСТОРИИ ДИНАБУРГСКОГО ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ

Виксна Ар.

Латвийский университет (Рига, Латвия)

Уездный город Витебской губернии Динабург (с 1893 по 1919 г. Двинск, а в настоящее время Даугавпилс) в свое время имел важное военно-стратегическое значение и связан с развитием военной медицины в России. Некий военно-полевой госпиталь в Динабурге отмечен уже в 1792 г., а в 1811 г., в связи с подготовкой к войне, в городе был дислоцирован госпиталь на 300 коек.

После Отечественной войны 1812 г. в Динабурге началось строительство крупной крепости, в составе которого был включен также стационарный военный госпиталь, рассчитанный на 500 коек. Проект госпиталя разработал архитектор Александр Штауберт (1781–1843) в 1820 г., а строительство каменных зданий было завершено к 1827 г.

В дальнейшем ходе расширения здание госпиталя было соединено с соседним зданием, достигая максимальной вместимостью госпиталя – 900 коек. Согласно номенклатуре военных госпиталей, Динабургский военный госпиталь был определен в 4-й класс и стал одним из крупнейших в империи (был только один госпиталь 6-го класса в Петербурге, последовали два госпиталя 5-го класса, четыре госпиталя 4-го класса и еще 72 госпиталя 3-го, 2-го и 1-го класса меньшей вместимостью). Однако уже в 1841 г. число коек, палат и служащих было сокращено и Динабургский военный госпиталь перенесен рангом ниже в 3-й класс.

В 1852 г. в Динабургском военном госпитале 3-го класса было 600 коек для солдат, 15 для офицеров и 40 для женщин. Госпиталь имел филиал, военный лазарет в м. Краслава на 40 коек в деревянном здании. Лекарства привозили из казенной аптеки в Вильнюсе.

По отчету 1868 г., который сохранился в Центральном Государственном военно-историческом архиве в Москве, можно узнать, что «госпиталь пользуется всеми удобствами в гигиеническом отношении по расположению палат, служб и всех принадлежностей. Для освежения воздуха устроена по новой системе вентиляция, при помощи коей испорченный больничным воздухом удаляется чрез устроенные в стенах пилястры, а свежий вносится извне, предварительно нагретый в пневматических печах. Миазматические испарения отхожих мест также проводятся подземными трубами под горящий очаг с герметическими дверцами, где они поглощаются самым горением.» (ф. 1962, оп. 1, д. 10, л. 12) Чтобы полноценнее пользоваться свежим воздухом, летом госпиталь перемещается на временные сооружения около озера. По данным 1868 г. в начале года в госпитале лечилось 281, прибыло 3859, выписано 3635, умерло 188, осталось в конце года 317 человек, которые распределены по следующим категориям: офицеры, солдаты, арестанты, женщины, гражданские лица и дети военнослужащих.

По данным 1875 года, в Динабургском военном госпитале уже 2-го класса было 10 коек для офицеров и 300 для солдат, кроме того, соответственно, 5 и 100 запасных

коек, а в течение года лечилось 3800 человек.

В свою очередь в 1889 г. в госпитале в начале года лечилось 2526, прибыли 3151, выписаны 2927, перемещены 54, умерли 86 и в конце года осталось 336 больных. На каждые 1000 солдат гарнизона лечились 245,4 (Динабургский гарнизон состоял из 12 тыс. лиц). В данное время в госпитале служили главный врач, два старших и шесть младших ординаторов, управляющий аптекой, рецептар, 12 фельдшеров, четыре сестры милосердия и проч. Сестры милосердия с 1874 г. готовились на месте в госпитале.

И еще некоторые данные 1907 г., когда в Двинском военном госпитале было 15 коек для офицеров, 400 для солдат, в начале года лечилось 353, в течение года поступили 4966, выписаны 4896, переведены в другие госпитали 6, умерли 49 и в конце года осталось 368 больных, ежедневно в среднем лечилось 322,4 больных, в течение года проведено 747 операций.

Среди главных врачей госпиталя были (в хронологическом порядке) Ефрем Адамович, Эрнст Рейнфельдт, Карл де Конради, Михаил Богушевский, Никифор Зубовский, Иван Самохвалов, Иван Архангельский, Людвиг фон Рейтлингер, Алексей Счастный, Константин Пляшкевич, Николай Любецкий, Григорий Бельский и др.

Некоторые врачи занимались научными исследованиями, но особенно выделялся управляющий аптекой госпиталя Мельхиор Кубли (1836–1919), который исследовал Краславский минеральный источник и позже работал в Киевском университете.

Врачи госпиталя принимали участие в создании Динабургского медицинского общества в 1882 г. и часто выступали на заседаниях его с докладами. Председателем общества с 1883 по 1889 г. был офтальмолог госпиталя Станислав Фиалковский (1853–1891).

В связи с сокращением военно-стратегического значения Двинской крепости, в 1913 г. военный госпиталь был преобразован в местный лазарет с соответствующим сокращением коек и персонала.

Однако здание госпиталя, которое сохранилось до наших дней, и в дальнейшем использовалось по своему назначению. После Первой мировой войны, когда была создана Латвийская республика, в нем с 1921 по 1940 г. размещалась военная больница Латвийской армии на 300 коек. С 1940 по 1941 г. там находился госпиталь прибывшей Красной армии, который вернулся в Даугавпилс в 1944 г. и состоял из 4 отделений на 100 коек. В этом здании госпиталь находился до 1994 г., когда Советская армия была вывезена из Латвии, а персонал госпиталя с некоторым имуществом направлен на Ставрополь.

Некоторое время историческое здание госпиталя пустовало, а в настоящее время там проводятся реконструкция и реставрационные работы для дальнейшего использования помещений с культурно-просветительной целью.

ИЗ ИСТОРИИ АПТЕЧНОЙ СЛУЖБЫ РОССОНСКОГО РАЙОНА

Войтехович Ю.Б., Буйко Т.А.

Витебское РУП «Фармация»

Самое первое упоминание об аптечном учреждении на территории современного Россонского района имеется в заметке Детлова К.К. «На могилах Кульнева», напечатанной в журнале «Русская старина» в 1862 году. Он пишет, что в слободке Клястицы Дриссенского уезда имелись больница и аптекарский магазин.

Во время войны с Наполеоном 18 июля 1812 года в местечке Клястицы было большое сражение 17-тысячной русской армии с 20-тысячным французским корпусом маршала Удино и одержана первая победа в этой войне. В том сражении около м. Соколице был смертельно ранен и похоронен известный полководец Яков Петрович Кульнев. В честь победы над врагом один из полков получил название «6-ой гусарский Клястицкий генерала Кульнева полк». В д.Клястицы в 1836 г. был поставлен памятник в

честь победы над французами, до наших дней не сохранившийся.

Еще есть сведения, что до 1917 г. в м. Повалишено функционировала земская больница на 15 коек. Согласно документам Национального архива Республики Беларусь до Октябрьской революции на современной территории Россонского района не было аптек, хотя проживало 45 116 человек. С 1925 по 1928 годы в районе были открыты две больницы и аптеки - в д. Краснополье и д. Станиславово (Россоны).

В Краснопольской аптеке до Великой Отечественной войны (ВОВ) работала Волкова Е.Е., окончившая в 1937 году фармацевтическое отделение Могилевского медполиттехникума. В войну она осталась с маленьким ребенком на территории района, в октябре 1942 года ушла в партизаны и служила при санчасти партизанской бригады им. Сталина, в составе которой воевал Машеров П.М. (до войны работал в Россонской школе учителем).

Из воспоминаний Волковой Е.Е.: «При санчасти бригады был один врач, он же начальник санчасти, и я. Оказывали необходимую помощь партизанам, а также местному населению. По приказу командования бригады все медикаменты и перевязочные средства, добытые партизанами на боевых операциях, сдавались в санчасть под мою личную ответственность, а потом по распоряжению начальника санчасти я отпускала их отрядам. Зимой 1942-1943г.г. наш район, а в то время он был уже полностью партизанским, был блокирован немецкими карателями, за это время было проведено четыре карательные экспедиции. Немцы шли со всех сторон, сверху деревни и леса бомбили самолеты. В это время появилось много раненых и обмороженных партизан. Командованием бригады было решено организовать партизанский госпиталь, в который я тоже была переведена. Работать было очень тяжело, медикаментов и перевязочных средств не хватало, больных размещали в домах просто на полу. Весной 1943 года к нам начали прилетать самолеты, сбрасывали медикаменты и перевязку и кое-что из питания для госпиталя, а главное, забирали тяжелораненых за линию фронта. В ноябре 1943 года наш район частично освободили от немцев, и на базе госпиталя была открыта больница. По 500-600 человек лежало в больнице. Больница размещалась в двух деревнях. В это время началась эпидемия сыпного тифа, но ее остановили. 12 июля 1944 года район был полностью освобожден. Я поступила в эвакогоспиталь, с которым встретила День Победы».

Перед началом ВОВ численность населения района составляла свыше 35 тысяч человек, а после ее – 17,5 тысяч человек. Даже спустя несколько десятилетий, она не восстановлена и сейчас составляет чуть более одиннадцати тысяч человек.

В период с 1945 по 1948 годы было построено пять больниц и аптек, а также семь ФАПов. Аптеки располагались в деревнях Россоны, Краснополье, Клястицы, Заборье и Повалишено. Волкова Е.Е. после окончания войны и до 1973 года работала заведующей аптекой в д. Клястицы. Потом ее сменила Рубо Н.В. и до сих пор трудится на этой должности.

До ВОВ в д. Клястицы аптека находилась в просторном отдельном доме, работал в ней Кисин, переехавший года за два до войны из д. Станиславово. В первые послевоенные годы аптека располагалась в доме семьи Комковых, потом переместилась в новое здание, построенное рядом с больницей. Сейчас аптека №75 пятой категории находится в арендуемом помещении в центре агрогородка Клястицы в одном здании со сберкассой и магазином промышленных товаров.

Около 40 лет (1947– 1987, с небольшими перерывами) руководила Краснопольской аптекой Дорофеева А.И., с 1987 по 2008 годы – Калач Г.П., сейчас - Ильина С.В.

В 1945 году приняла аптеку в д. Заборье Петроченко Л.П. и ее была бессменным руководителем на протяжении 35 лет. С 1981 года по настоящее время работает Чепик Н.В.

К, сожалению, не располагаем сведениями о фармацевтических работниках аптеки д. Повалишено до и после военного периодов. В течение трех лет (1967-1969) заведовала аптекой Мисевич О.Е., после 1969 года и до ее закрытия в 1973 году - Доморова Л.М.

Накануне ВОВ руководил аптекой в г.п. Россоны Кисин (его судьба неизвестна). Находилась она на месте, где сейчас расположен Белагропромбанк. После войны с августа 1944 года аптеку возглавила Старовойтова Е.С. По ее воспоминаниям, аптека

располагалась в отдельном здании по улице Советской (теперь находится комбинат бытового обслуживания). В 60-х годах аптека переместилась ближе к больнице с целью приближения лекарственной помощи населению. Половину дома (по улице Комсомольской) занимала аптека, а вторую – санэпидстанция, с 1972 по 1995 годы всё здание полностью было отдано аптеке. Потом аптека была переведена в новое здание по улице Пушкина, где располагается и сейчас. После Старовойтовой Е.С. центральную аптеку №73 Россонского района возглавляли провизоры: Зайцев Ф.Ф. (1966 – 1972), Павлыго В.П. (1972 – 1985), Буйко Т.А (1986 – по настоящее время.).

Павлыго Валентина Петровна приехала в Россонскую аптеку в 1964 году, когда ей было 16 лет. Начинала свою трудовую деятельность в должности ассистента, а после получения высшего фармацевтического образования приняла руководство центральной районной аптекой. После ухода с руководящей должности еще на протяжении 9 лет продолжала работать в аптеке до 1996г.

Буйко Тамара Александровна до назначения на должность заведующего ЦА № 73 в течение 7 лет работала в должности заместителя заведующей этой аптекой. Является ветераном труда. Более 45 лет в ЦР №73 работает ветеран труда фармацевт Мисевич О.Е., 33 лет - Ильина С. В. Шарипо Т.Г. начала работать в ЦРА № 73 в сентябре 1980 года в должности кассира, в 1983 году поступила в Витебский государственный медицинский институт, по окончании которого вернулась в родную аптеку, была назначена на должность заместителя заведующего, где и работает сейчас.

В январе 2005 года в здании автовокзала открыт аптечный киоск (в 2007 году переименован в аптеку № 231 пятой категории). На должность заведующего была назначена провизор Лебедева – Зуенко М.М., работавшая в ЦА №73 с января 1989 года.

В ЦРА №73 трудились участники ВОВ (помимо фармацевта Волковой Е.Е.) - Иванова Е.И., Симоненко Ф.А., Масловская В.П. работала они на должности кассира или бухгалтера.

По состоянию на 1 мая 2012 года в аптеках района работает 16 человек, из них 11 специалистов с фармацевтическим образованием, 75% из них имеют квалификационные категории.

Численность аптек по Россонскому району обеспечивает выполнение норматива обеспеченности аптеками, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30.05.2003 №724 «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики» (с дополнениями и изменениями) на 178%.

Аптечная сеть Россонского района включает: центральную аптеку №73 Россонского района первой категории, которая осуществляет аптечное изготовление лекарственных средств по индивидуальным назначениям (рецептам) врача и требованиям организаций здравоохранения района, в том числе стерильных лекарственных форм; три сельские аптеки: № 74 пятой категории д.Краснополье, №75 пятой категории д.Клястицы, №76 третьей категории д.Заборье; аптеку №231 пятой категории (автовокзал в г.п.Россоны).

С целью организации лекарственного обеспечения сельского населения Россонского района дополнительно организованы десять точек розничной реализации лекарственных средств через медицинских работников организаций здравоохранения.

Особенностью района является то, что на его огромной территории проживает малочисленное население, деревни находятся друг от друга на расстоянии 10-12 км, сам район удален от областного центра на 150 км.

В советский период коллектив ЦРА №73 принимал активное участие в социалистическом соревновании среди ЦРА области, неоднократно занимал призовое место с вручением переходящего Красного Знамени. После перехода аптечной службы на рыночные отношения с 1991 года аптечная служба района остается рентабельной и продолжает успешно выполнять свою основную функцию – осуществлять лекарственное обеспечение населения на высоком уровне.

ГИГИЕНА КАК КРИТЕРИЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Гамалея Е.Н.

Институт художественного моделирования и дизайна им. С. Дали (Украина)

К рассмотрению феномена культуры, определению основных критериев процесса развития цивилизации представители русской интеллигенции обратились ещё в конце XIX в. В числе этих критериев большое значение они придавали вопросам соблюдения гигиенических правил и сохранения здоровья человека.

Русский публицист и литературный критик Д.И. Писарев (1840-1868), один из самых выдающихся представителей 60-х гг. XIX в., с 1862 по 1866 гг. отбывал заключение в Петропавловской крепости за нелегальную статью, призывавшую к свержению самодержавия. В стенах Алексеевского равелина им была написана статья «Школа и жизнь», впервые напечатанная в журнале «Русское слово» (1865). В ней говорилось: «Гигиена или изучение тех условий, которые необходимы для сохранения здоровья, приобретает в настоящее время преобладающее значение в глазах каждого мыслящего человека. Совершенное игнорирование гигиены с каждым годом становится менее возможным для всех разнообразнейших отраслей государственного хозяйства. Медики совершенно основательно присваивают себе совещательный голос во всех вопросах, относящихся до народного продовольствия, до производства общественных работ, до устройства мастерских и фабрик и разных других промышленных заведений. Само собой разумеется, что и школа не может увернуться из-под контроля медиков-гигиенистов» (Д.И. Писарев, 1938, с. 321).

Медики-гигиенисты активно разрабатывали теоретические и практические основы своей специальности, внедряя её в процесс образования. В 1868 г. В Казанском университете была открыта первая в Российской империи самостоятельная кафедра гигиены. Первым руководителем этой кафедры стал инициатор её создания А. И. Якобий (1827-1907). Среди его многочисленных трудов несомненный интерес представляет работа «О счастье с точки зрения гигиены», напечатанная в «Известиях Казанского университета» за 1868 г. В ней была изложена целостная концепция развития гигиены как науки об условиях здоровья и счастья человека, созданная им в начале его научно-преподавательской деятельности и впервые озвученная в его публичной лекции 16 марта 1868 г. в Казани (Н.А. Григорьян, 2011, 53-54).

Однако А.И.Якобию недолго пришлось работать в Казани. 18 декабря 1871 г. он в числе семи других прогрессивных профессоров подал прошение об увольнении в знак протеста против изгнания из университета профессора П. Ф. Лесгафта, осмелившегося критиковать университетские порядки. В 1863 г. А. И. Якобий был назначен профессором кафедры гигиены Харьковского университета, третьей из созданных в России, также обязанной своим основанием его инициативе. Эту кафедру он возглавлял в течение 13 лет, совмещая научно-преподавательскую работу с активным участием в деятельности Харьковского медицинского общества. Основным аспектом работы данного общества была организация санитарных и противоэпидемических мероприятий. Концентрация усилий в этом направлении была характерной и для других научных обществ медицинского профиля, что подтвердил доклад председателя Общества врачей г. Казани Н. Ф. Высоцкого на III съезде российских естествоиспытателей, в котором говорилось: «... самые блестящие успехи терапевтики сами по себе не способны ни на йоту изменить заболеваемость данной местности и поднять в ней уровень общественного здоровья и счастья... Вот куда, по мысли Общества врачей г. Казани, должны быть направлены усилия российских медицинских обществ» (Н. Ф. Высоцкий, 1873, с. 47).

Работы А. И. Якобия сыграли важную роль в становлении гигиены как науки и предмета преподавания. Характеризуя личность профессора Якобия, его коллеги констатировали, что он был «пионером нового, современного направления в области как преподавания гигиены, так и применения её в жизни; вместо предыдущей личностной и при том сугубо теоретической науки он сделал её общественной и экспериментальной» (В.В. Фавр, И. П. Скворцов, 1905-1906, с. 425-426). Мысль А. И. Якобия о необхо-

димости развития гигиены для счастья и благополучия человека продолжил разрабатывать его последователь, в 1885 г. сменивший его на посту заведующего кафедрой в Харьковском университете, И. П. Сковорцов (1847-1921). И. П. Сковорцову принадлежит более 150 научных работ широкого тематического диапазона, большинство которых посвящено освещению смысла и задач гигиены и санитарного дела. Он выделил гигиологию как науку, исследующую природные условия здорового существования, и гигиену, изучающую искусственное общество, быт человека, и дающую рекомендации по его оздоровлению (Е. Н. Гамалея, 1910, с. 49).

Выступая в Казани на общем собрании IV съезда русских естествоиспытателей, И. П. Сковорцов в докладе «Гигиена и цивилизация» высказал своё мнение о целесообразности признания важнейшим критерием цивилизации здоровье народа: «Много было предлагаемо критериев цивилизации, много навязываемо ей конечных целей. Одни основную её суть видят в развитии чувства прекрасного и истинного, другие – в развитии производительности и в накоплении её продуктов, третьи – в достижении идеально справедливого строя общества, в общем счастье человечества...; но все эти стремления клонятся видимо к тому, чтобы как можно полнее и свободнее воспользоваться данным сроком жизни, – а такое пользование необходимо предполагает здоровье. Поэтому состояние народного здоровья должно признать самым лучшим критерием цивилизации» (И. П. Сковорцов, 1873, с. 83). Устранять осложнения, вызываемые развитием цивилизации, сказал он далее, способна такая наука, как гигиена. Пока она лишь идёт следом за цивилизацией, уничтожая тот сор, который образуется вследствие её работы. Но только при помощи гигиены человечество сможет достичь своей цели – здоровья и полноты жизни.

Спустя 10 лет, выступая на общем собрании VII съезда русских естествоиспытателей и врачей в Одессе, в основание своего доклада «Об отношении Общества к гигиене» он положил высказанную в Казани идею о том, что тяготеющее над человеком проклятие заключается не в болезнях, а в способности самому производить их. «Обыкновенно практикуемый у нас способ борьбы с разного рода повальными болезнями, – сказал он, – способ, характеризующийся поспешностью и непостоянством, не может обеспечивать нам надлежащей победы в этой борьбе... для достижения этой цели необходимо, чтобы все средства были постоянно в распоряжении общества; чтобы оно имело постоянные хорошо организованные санитарные учреждения» (И. П. Сковорцов, 1883, с. 19). В заключение своей речи он высказал пожелание, чтобы, ради уменьшения скорби и гибели людей, гигиена постоянно занимала у нас то диктаторское положение, которое даётся ей во время эпидемий. «Чем более дело будет откладываться, тем более бытовые условия будут ухудшаться; а следовательно, тем более будет затрудняться достижение намеченной цели» (Там же, с. 20).

Итак, русские профессора-гигиенисты А. И. Якобий и И. П. Сковорцов, справедливо полагая, что здоровое существование является залогом счастья и благополучия человека, и констатируя ухудшение его здоровья в ходе развития цивилизации, предлагали выход из этой ситуации путём увеличения достижений гигиены и расширений возможностей её использования. В фундаментальной монографии «История отечественной медицины» (1960) П. Ю. Заблудовский назвал их имена среди имён известных гигиенистов, рассматривающих гигиену как науку, важную не только для сохранения здоровья каждого отдельного человека, но и для существования всего человеческого социума.

О ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАТОРА САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО ВОЕННОГО ОКРУГА, ПОЛКОВНИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ Ф.Н. ГАМАЛЕЯ (1903-1998)

Гамалея В.Н., Забуга О.Г.

*Государственный экономико-технологический университет
транспорта (Украина)*

Институт геронтологии им. Д.Ф.Чеботарева НАМН Украины (Украина)

Федор Николаевич Гамалея – потомок старинного украинского рода. В XVII столетии посол войска запорожского в Турции Григорий Высоцкий получил фамилию «Гамалия», что означает “могущественный”. Известный гетман Гамалия описан Т. Шевченко в одноименной поэме. Знаменитыми воинами были полковник черкасский Михаил Гамалия (1662) и его сын, есаул войска запорожского Андрей Гамалия (1693). Сохранились сведения о военном судье Карпе Гамалия. Ближайшим помощником известного русского просветителя, писателя и издателя Николая Ивановича Новикова (1744-1818) был Семен Иванович Гамалия. Солидные научные работы по теории корабельного дела оставил адмирал Платон Яковлевич Гамалея (1766-1817), профессор Морского кадетского корпуса, член Императорской академии наук, Морского ученого комитета, Всероссийского экономического общества.

Родился Федор Николаевич 1 октября 1903 г. в Одессе в семье врача Н.Ф. Гамалея (1850-1949 гг.), академика, заслуженного деятеля науки СССР (1934 г.), научного руководителя Центрального института эпидемиологии и микробиологии, который с 1949 г. носит его имя. В семье Николая Федоровича было семеро детей: трое сыновей и четыре дочери. Федор был средним сыном.

Пример отца определил и выбор профессии сына. В 1920 г. Федор Николаевич окончил трудовую школу 2-й ступени в Ленинграде, после чего поступил в Военно-Медицинскую Академию им. Кирова, а в 1922 г. вступил в Красную Армию. После окончания академии в 1925 г. Ф.Н. Гамалею направили в Сибирский военный округ (СибВО). Длительное время, работая в Забайкалье, Федор Николаевич являлся одним из самых старых врачей в округе. Он служил в Иркутске врачом в 103 стрелковом полку, 36 стрелковой дивизии (1925 – 1926 гг.), в Улан-Удэ – старшим врачом 9-го железнодорожного полка (1926-1928 гг.). С марта 1928 г. Ф.Н. Гамалея более 10 лет служил в Чите. В июле-декабре 1929 г. ординатор Читинского военного госпиталя Ф.Н. Гамалея принимал участие в конфликте на КВЖД в составе Читинского эвакогоспиталя в должности начальника медицинского отделения. В этот период он активно занимался исследовательской работой и организовал в госпитале лабораторию, которую возглавлял в 1930-1933 гг.

В Чите Ф.Н. Гамалея женился на Антонине Прокопьевне Барановской, здесь же родились его сыновья: Николай (1932 г.) и Виталий (1935 г.).

В июне 1933 г. Ф.Н. Гамалея был назначен начальником вновь организованной окружной санитарно-эпидемиологической лаборатории Забайкальской группы войск ОКДВА (с 1935 г. – ЗабВО), которой руководил до 1939 г. Именно в эти годы им были подготовлены и опубликованы 5 научных статей. Среди них – исследовательские работы по переливанию крови и изучению минеральных источников Забайкалья. Впервые для Забайкалья им было составлено подробное Военно-санитарное описание округа. Часть работ являлась совершенно оригинальной. Усилиями Ф.Н. Гамалея была создана целая лабораторная сеть. Федор Николаевич был постоянным преподавателем всех курсов врачей – эпидемиологов ЗабВО, а также курсов врачей запаса; он же 10 лет преподавал в Фельдшерско-акушерской школе. Достаточно заглянуть в его послужной список, чтобы убедиться, что не было гарнизона, не обследованного и не изученного им. За успехи в работе Ф.Н. Гамалея неоднократно имел поощрения, и командование не соглашалось на его перевод, несмотря на длительную службу в отдален-

ной местности. В его характеристике от 1936 г. отмечалось: «...Обнаруживает склонность к лабораторной работе, хорошо подготовленный в теоретическом и практическом отношении лабораторный работник. Умело поставил работу вверенной ему лаборатории. Успешно подготавливал кадры врачей-лаборантов».

Однако военная карьера и научная деятельность Ф.Н. Гамалея оборвались 29 июня 1938 г., когда 35-летний врач-эпидемиолог II-го ранга был арестован по фальшивому обвинению в контрреволюционной деятельности. Его научная и практическая работа была представлена, как подрывная; наличие микробных культур в лаборатории, – как хранение с диверсионной целью, и т.д. и т.п. После непродолжительного следствия начальник Санитарно-Эпидемиологической Лаборатории ЗабВО Гамалея Федор Николаевич и бывший начальник Противочумного отделения той же лаборатории Шунаев Вениамин Васильевич 11-го марта 1939 г. Трибуналом ЗабВО были осуждены на смерть, якобы за участие в контрреволюционной организации и подготовку диверсии. В деле, сфабрикованном в то время НКВД, сохранилось их письмо к М.И. Калинин, где осужденные, в частности, писали следующее: «Выбор тематики для создания дела очевидно определялся нашей специальностью. Чем страшнее, тем лучше – так родились жуткие легенды о чуме, холере, столбняке и т.п... Мы сидим в смертной камере уже 194 дня, пережив за это время очень много, но остались такими же честными работниками и преданными патриотами своей социалистической родины, какими были и до ареста. Мы в своей жизни никогда не только не были врагами, но и не совершали никаких преступлений. Как же могло случиться, что мы, абсолютно невинные люди, не один десяток лет честно работавшие на доверенных нам участках Красной Армии, получили кличку врагов народа и осуждены на смерть?... После суда с протоколом судебного следствия мы ознакомлены не были. Из смертной камеры мы делали неоднократные попытки вскрыть провокацию и доказать свою невинность. Мы писали в Президиум Верховного Совета (20/IV, 20/V), Председателю ЦК ВКП(б) по Читинской области (20 и 25/VII), тов. Ворошилову (7/IX), но не имея извещений об отправке этих документов, не знали, дошли ли они. Пока мы живы, мы не можем примириться с превращением нас, честных специалистов, во врагов своей родины, поэтому пишем еще это письмо Вам лично... Тов. Калинин! Мы убедительно просим Вас заинтересоваться нашей судьбой, искусственно созданного провокаторами и клеветниками против нас дела, содействовать отмене приговора и дать нам возможность в результате нового, честного разбирательства снова занять свое место в родной Красной Армии.»

Лишь через полгода пребывания в камере смертников дело Ф.Н. Гамалея было пересмотрено и принято постановление о его прекращении. 11 декабря 1939 г. он вышел из тюрьмы, но после всех пережитых испытаний навсегда уехал с семьей из Забайкалья и уже никогда больше не занимался научной деятельностью. В феврале-апреле 1940 г. Ф.Н. Гамалея работал начальником отделения военного госпиталя в Омске. После Великой Отечественной войны Федор Николаевич со своей семьей поселился в Киеве, где работал преподавателем кафедры военной и медицинской подготовки Киевского государственного университета, а также с апреля 1940 г. по 1958 г. преподавал в Киевском военно-медицинском училище. Полковник медицинской службы Ф.Н. Гамалея был уволен в запас по болезни в 1958 г.

Умер он в ноябре 1998 г. в возрасте 95 лет и похоронен на Байковом кладбище в г. Киеве.

Ф.Н. Гамалея был награжден орденами Красного Знамени (1944 и 1952 гг.), орденом Ленина (1945 г.), медалями. А созданная им санитарно-эпидемиологическая лаборатория ЗабВО функционирует и в настоящее время (1027 ЦГСЭН СибВО).

УПРАВЛЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ СЕКТОРОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ В 1921-1929 гг.

Глушанко В.С., Петрище Т.Л.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

На 1920-е годы пришлось становление белорусского здравоохранения, когда на практике апробировались новые принципы, методы организации и управления. Фармацевтический сектор после 1917 г. формировался как составная часть единой государственной системы здравоохранения. В основу его развития были положены 4 принципа, на которых формировалась вся система здравоохранения: государственный характер; плановая направленность; участие населения в здравоохранении; единство науки и практики [1, 3, 9].

Фармацевтическая служба в белорусских губерниях начала формироваться в первые месяцы новой власти. Процесс тормозился из-за ряда негативных факторов, которые стали следствием революционных преобразований и военных действий [1, 7, 9].

Организационная работа испытывала большие кадровые, материальные и другие трудности. Так, в отчете Гомельского губернского отдела здравоохранения (губзд-рава) за 1920 г. отмечалось, что «аппарат губзд-рава и уздравов крайне расстроен. Многие подотделы не функционировали. Связь с местами практически отсутствовала. Слаба была связь губернского центра с Наркомздравом» [12].

Кризисный характер макросреды и фармацевтического дела требовали от руководителей в центре и на местах неимоверных усилий и немалых организаторских способностей. Н.Ф. Змачинская [3] отмечает, что в 1920-е гг. органы здравоохранения проявляли творческую гибкость и решали вопросы в соответствии с конкретной исторической обстановкой.

Руководству фармацевтической службой предстояло укрепить базу аптек, изыскать новые эффективные формы управления. Многие формы организации и методы управления 1920-х гг. можно считать инновационными. К их числу можно отнести сохранение и расширение сети амбулаторных и стационарных лечебных учреждений; увеличение доступности медицинской помощи; развитие санитарно-эпидемиологической службы; развитие системы высшего и среднего медицинского и фармацевтического образования; организация НИИ медицинского профиля, медицинское обеспечение застрахованных и др.

Непосредственно в фармацевтическом деле инновационными подходами можно считать национализацию аптек и аптекарских магазинов; отмену платы за лечение, в т.ч. за лекарства; сокращение аптечной сети из-за дефицита бюджета (по мере стабилизации в экономике начался обратный процесс); развитие аптечной сети в сельских районах; «привязка» аптеки к лечебному учреждению; развитие химико-фармацевтической промышленности с привязкой к местному сырью и др. [7].

Основные управленческие принципы и подходы в 1920-е гг. во всех отраслях народного хозяйства были сходными. В своей работе органы здравоохранения БССР опирались на законодательные акты РСФСР, согласуя ее с советскими и партийными организациями. Поиск эффективных организационно-управленческих форм и подходов был сопряжен с многократными административными преобразованиями.

Рассмотрим их на примере Витебского региона. В 1921 г. в структуре Губернского отдела здравоохранения были Отделение Медснабжения, в функции которого входило снабжение населения губернии медикаментами, и Губернский аптечный склад. Существовали также Уездные отделы здравоохранения (Уздравы). В их структуре также были отделения медснабжения. Уездные склады-распределители были упразднены. В 1922 г. Губернский отдел здравоохранения включал фарпод. В его функции входили контроль, руководство деятельностью аптекоуправлений. Были также созданы аптечные правления (аптекоуправления) для снабжения; руководства хозяйственной и коммерческой деятельностью хозрасчетных аптек; решения кадровых вопросов.

20.02.1922 г. было организовано Витебское групповое аптечное объединение. Ему передали в аренду 4 аптеки, денежная субсидия и небольшой товарный фонд. 08.06.1922 г. создано Управление аптечными предприятиями Витебской губернии. Состояло из 3-х человек: председатель, зам. председателя и представитель от коллегии окрздравотдела. Управление существовало до 1924 г. В октябре 1922 г. вместо фарпода НКЗ БССР был учрежден «Белмедторг».

В 1923 г. фарподы переименованы в фармацевтические отделения. В 1924 г. вместо них была введена должность фармацевта при лечебном подотделе. 27.03.1924 г. создано Отделение народного здравоохранения Общего Отдела Витебского уездно-городского исполкома. В штате был 1 фармацевт-инспектор. 20.03.1924 г. образовано уездно-городское Управление аптечными предприятиями (Витебское фармаправление); далее – это Управление аптечными предприятиями Витебского округа "Фармаправление". Состояло из 3-х человек: председатель, заместитель и представитель от коллегии окрздравотдела. В его функции входили закупка и распределение медицинского оборудования и инструментов, снабжение лекарствами и медицинским имуществом, заготовка и закупка лекарственных растений, оказание помощи в организации работы подведомственным учреждениям и контроль над их деятельностью. 01.04.1924 г. Витебское "Фармаправление" подчиняется отделению здравоохранения общего отдела угорисполкома. В его подчинении: все государственные аптеки, склады, магазины по торговле медицинскими товарами. 31.08.1924 г. Общий Отдел Витебского Окрисполкома передал функции самостоятельному окружному отделу народного образования, здравоохранения и собеса. С 01.09.1924 г. Витебское "Фармаправление" стало подчиняться окрздравотделу. В 1927 г. Окружные отделы охраны здоровья были ликвидированы. Вместо них был введен инспекториат. С 01.05.1927 г. Витебское "Фармаправление" подчиняется инспекториату здравоохранения. В октябре 1929 г. "Фармаправление" подчиняется инспектору здравоохранения Витебского округа [6,7, 8].

Информация – один из важнейших элементов эффективного управления [5]. Развитие аптечного дела в кризисных условиях 1918-1920 гг. требовало максимальной мобилизации всех ресурсов: кадровых, материальных, финансовых и др. Но для этого необходимо было иметь четкое представление об их количестве и качестве. Фарподы уже в первые месяцы своей деятельности при содействии Советов и профсоюзов провели огромную работу: взяли на учет национализированные аптеки, провели ревизию и учет товаров, осуществили расстановку кадров; разработали положение и инструкцию о порядке отпуска лекарственных средств; пересмотрели и существенно изменили перечень лекарственных средств, разрешенных к отпуску из аптек и др. При фарподах на правах совещательных органов создавались аптечные комиссии, которые рассматривали и разрабатывали инструкции по рациональной хозяйственной постановке фармацевтического дела в данной местности, правила деятельности аптек, финансовые и организационно-управленческие вопросы (расширения или сокращения аптечной сети, контроля и др.) [7, 8].

Существенную организационно-управленческую роль играли первые съезды отделов здравоохранения и фарподов. Их можно считать формой реализации принципа коллегиальности и демократического централизма. Решения процессиональных форумов во многом определяли развитие аптечного дела, являлись основой для принятия управленческих решений и создания нормативно-правовой базы (приказы, распоряжения и др.). Но в целом для управления фармацевтической службой в 1920-е гг., несмотря на провозглашение новой экономической политики (НЭП), наиболее характерными были директивность и централизм.

С одной стороны, НЭП пошатнула единство системы здравоохранения [11, Л. 43]. С другой стороны, с переходом к НЭП во многом было связано становление новых правовых норм: отказ от революционного экстремизма, формирование уголовного и гражданского законодательства. Началось формирование каркаса законодательного регулирования фармацевтического дела с учетом новых правовых норм.

Поддерживая линию руководства, местные органы управления здравоохранением препятствовали частной практике. Жесткое администрирование проявлялось при выборе каналов снабжения лекарствами, распределении прибылей аптек и аптечных управлений. Плановый характер развития фармацевтического дела проявился в пер-

вые годы становления новой системы здравоохранения. А во второй половине 1920-х гг. произошло его усиление [7].

В сфере лекарственного обеспечения населения долгое время существовал «параллелизм» в работе. Наряду с фарподами, существовали отделы медицинского снабжения. По мнению И.Левинштейна (1928), «некоторым мыслилось, что медицинское снабжение – это особая область, не охватываемая фармацевтическим делом». Кроме того, существовало недоверие со стороны руководителей здравоохранения к организаторским и хозяйственным способностям фармацевтам, поэтому «передать снабжение в фармацевтические органы управления не решались» [4].

В январе 1927 г. коллегия НКЗ БССР приняла решение о создании единого централизованного аптечного центра. «В целях планового, рационального и удешевленного снабжения медицинским и производством медикаментов» было принято решение об организации объединенного Фармауправления при НКЗ БССР с отделениями в округах. Руководство осуществлял нарком здравоохранения или его заместитель (в округах – заведующие Окрздравами или их заместители). Планы работы и инструкции утверждались НКЗ БССР [2, с.17].

Таким образом, фармацевтический сектор в 1920-е гг. развивался как неотъемлемый структурный элемент единой государственной системы здравоохранения, подчиняясь ее целям и задачам. Управление фармацевтической службой БССР осуществлялось в русле общих управленческих подходов, которые были характерны для всех отраслей экономики СССР, и во многом зависели от социально-экономических и политических характеристик внешней среды.

Литература:

1. Абраменко, М.Е. Здравоохранение БССР – становление советской системы (1917–1941 гг.) / М.Е. Абраменко. – Гомель, 2005. – 234 с.
2. Барсуков, М.И. За два года. Строительство здравоохранения в БССР за 1925 и 1926 гг. Доклад на 2-м Всебелорусском съезде участковых врачей и работников здравоохранения / М.И. Барсуков. – Минск : НКЗ, 1927. – 60 с.
3. Змачинская, Н.Ф. Зарождение и становление советского здравоохранения в Белорусской ССР (1919-1928 гг.) : автореф. дис.... канд. мед. наук : 14.00.33 / Н.Ф. Змачинская. – Минск, 1973. – 16 с.
4. Левинштейн, И. Основы советского здравоохранения и задачи фармации / И.Левинштейн ; предисл. Н.А. Семашко. – М. : Изд-во Наркомздрава РСФСР, 1926. – 95 с.
5. Мескон, М.Х. Основы менеджмента / М.Х. Мескон, М.Альберт, Ф. Хедоури / Пер. с англ. – М. : Дело, 1998. – 704 с.
6. Петрище, Т.Л. Белмедторг и лекарственное обеспечение населения БССР в 1920-е годы XX века / Т.Л. Петрище // Актуальные вопросы современной фармации : материалы конф. студентов и молодых ученых, посвящ. 45-летию фарм. факультета. – Витебск : ВГМУ, 2004.
7. Петрище, Т.Л. Исторические предпосылки формирования системы лекарственного обеспечения населения в период новой экономической политики (1921-1929 гг.) / Т.Л. Петрище // Вестник фармации. – 2011, № 2 (52).
8. Петрище, Т.Л. Управление и организация деятельности фармацевтической службы Витебской губернии в 1921 году / Т.Л. Петрище, В.С. Глушанко // Вестник фармации. – 1998. – № 1. – С. 55–58.
9. Тищенко, Е.М. История здравоохранения Белоруссии в XX веке : автореф. дисс. ... докт. мед. наук : 07.00.10 / Е.М. Тищенко ; НИИ соц. гигиены, экономики и управл. здравоохр. им. Н.А.Семашко РАМН. – М., 2001. – 46 с.
10. Conroy, Mary Sh. The Soviet Pharmaceutical Business During Its First Two Decades (1917-1937) / Mary Sh. Conroy. – New York, PETER LANG Publishing, Inc. – 2006. – 377 p.
11. Государственный архив (ГА) Витебской области. – Фонд 64. – Оп. 1. – Д. 438.
12. ГА Гомельской области. – Ф. 11. – оп. 1. – д. 29. – л. 1–5.

СТОЛЫПИНСКИЕ РЕФОРМЫ И ПЕРЕСЕЛЕНЦЫ ИЗ СЕВЕРО-ЗАПАДНЫХ ГУБЕРНИЙ РОССИИ (К 150 – ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ П.А.СТОЛЫПИНА)

Гончарова С.Г.

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН (Москва, Россия)

Прежде чем П.А.Столыпин вошел в отечественную историю как великий реформатор, он сделал блестящую карьеру на государственной службе. Начав службу в Министерстве земледелия и сельской промышленности (27 октября 1884 г.), он в 1888 г. перешел на службу в Министерство внутренних дел, а 18 марта 1889 года был назначен Ковенским уездным предводителем дворянства и председателем Ковенского суда мировых посредников. В отличие от России, в Литве отсутствовало общинное землевладение. С 70-х годов XIX в в литовской деревне появилось стремление к отказу от череполосного землепользования с переходом на хутора и отруба. В течение 13 лет – с 1889 по 1902 годы – П.А.Столыпин находился на административной работе в Западном крае. В эти годы в правительстве обсуждался вопрос о введении земства в западных губерниях. Правительство понимало, что распространение на западные губернии общеземского положения привело бы к преобладанию в земствах польских помещиков. Поэтому министр внутренних дел Д. С. Сипягин выдвинул проект «упрощенного» земского самоуправления, согласно которому земские гласные должны были назначаться губернатором. После убийства Д.С. Сипягина террористом, новый министр В.К.Плеве 2 апреля 1902 г разослал проект на отзыв губернаторам. В записке на имя министра П.А Столыпин высказался как против выборности гласных, так и против назначения гласных губернатором, предложив в качестве альтернативного варианта межведомственные уездные коллегии, которые, как полагал он, «отфильтруют» людей с крайними воззрениями и обеспечат «умный подбор» земских гласных. Для придания большего авторитета гласным они должны были утверждаться министром внутренних дел. Кроме того, он предполагал ввести в состав гласных хотя бы несколько крестьян. Гласные, избранные авторитетной комиссией и утвержденные министром, подчеркивал П.А.Столыпин, должны пользоваться правом решающего голоса в земских делах [1.С.17-18]. Однако замечания П.А.Столыпина не были учтены при доработке проекта от 2 апреля 1903 г.

30 мая 1902 года П.А.Столыпин был назначен гродненским губернатором. В управлении губернии были некоторые особенности; губернатор был подконтролен генерал-губернатору Вильно (ныне Вильнюс). В это время по всем губерниям были созданы местные комитеты о нуждах сельскохозяйственной промышленности. П.А.Столыпин, как председатель Гродненского комитета, представил программу первостепенных мер, направленных на подъем сельского хозяйства, которая включала: расселение крестьян на хутора, ликвидацию чересполосицы, внедрение искусственных удобрений, улучшенных сельскохозяйственных орудий, многопольных севооборотов, мелиорации, развитие кооперации [7. С. 76].

Предметом особой его заботы явилось Сельскохозяйственное общество, которое проводило большую работу по пропаганде новых сортов зерновых культур и сельскохозяйственному образованию крестьян. Однако проводимые П.А.Столыпиным эксперименты вызывали критику со стороны крупных землевладельцев, заинтересованных в сохранении даровой рабочей силы.

В течение трех лет П.А.Столыпин был губернатором Саратовской губернии (15 февраля 1903- 26 апреля 1906 гг.). После убийства Плеве П.А.Столыпин 26 апреля 1906 г. был назначен министром Внутренних дел, а с июля 1906 г. совмещал этот пост с должностью председателя Совета министров Российской империи, вплоть до своей гибели от рук террориста 5 сентября 1911 г.

Революция 1905-1907 гг. обострила перед страной задачу выхода из ситуации системного кризиса. Происшедшее в октябре 1905 года коренное изменение в государственном устройстве России выдвинуло на очередь преобразования в разных облас-

тях: политической, военной и социально-экономической жизни — все они связаны с именем П.А Столыпина, который вошел в отечественную историю как великий реформатор.

Наиболее значимой была аграрная реформа. Активным проводником столыпинской аграрной политики был главноуправляющий земледелием и землеустройством - А.В.Кривошеин (1908-1915), обладавший опытом работы в Земском отделе Министерства внутренних дел (МВД) (1887-1905). В конце 1896 г. в министерстве было образовано особое Переселенческое управление. Оно осуществляло руководство переселением крестьян из густонаселенных аграрных губерний России на окраины государства. Переселенческое управление МВД участвовало в выработке закона о переселениях от 6 июня 1904 г., а в мае 1905 г. Переселенческое управление из МВД отошло в Главное управление земледелия и землеустройства (ГУЗ и З).

Департамент Государственных земельных имуществ с Комитетом по землеустроительным делам и Переселенческое управление ГУЗ и З ведали всем переселенческим делом. Причем, если Департамент ведал переселением в Европейской России (не очень значительным), то переселением в Азиатскую Россию занималось переселенческое управление.

В 1906-1916 гг. переселенческое дело поднимается на новый уровень. Реформирование коснулось центрального и местных органов, заведовавших переселенческим делом. Аппарат Переселенческого управления был реорганизован и увеличен.

Переселенческий закон 6 июня 1904 г. и «Положение» от 10 марта 1906 г. увеличивали льготы на проезд, возросло и финансирование всех работ по организации переселения и устройству переселенцев на местах водворения. Было создано 12 специальных переселенческих районов. В местах заселения выделялись подрайоны во главе с заведующим местным водворением. На них лежали обязанности выдачи ссуд, строительства церквей и школ, врачебных и фельдшерских пунктов и больниц и др.

Начало аграрной реформы положил указ от 9 ноября 1906 г. «О дополнении некоторых постановлений действующего закона, касающихся крестьянского землевладения и землепользования», вводящий право личной собственности домохозяина на участок земли, закрепленный за ним на основе общинного права [6].

Если за время с 1893 по 1905 г. включительно на врачебно-продовольственную помощь переселенцам было отпущено всего 4874 тыс. рублей или, в среднем, по 375 тыс. рублей в год., то в 1906 г. размер ассигнований был удвоен до 780 тыс. рублей, а в 1907 г. доведен до 1.324 тыс. рублей (не считая дополнительного отпуска в 200 тыс. рублей [5, С.85].

В качестве товарища главноуправляющего землеустройством и земледелием (с 8 июня 1905 г. по 6 октября 1906 г.) А.В.Кривошеин разработал закон о местных землеустроительных комиссиях. Занимая должность тов. Министра финансов он в 1906-1908 гг., непосредственно заведовал Дворянским и Крестьянским банками, финансировавшими землеустроительные работы и переселенческое дело.

21 мая 1908 г. А.В.Кривошеин был назначен Главным управляющим землеустройством и земледелием. Перед переселенческим управлением ГУЗ и З в области организации врачебно-санитарной помощи стояли две важнейшие задачи: организация помощи переселенцам в пути и в местах их водворения. В 1908-1909 гг. Переселенческое управление отдало предпочтение улучшению врачебно-продовольственной помощи переселенцам во время пути. Так, были открыт ряд новых пунктов на железнодорожных станциях по пути следования переселенцев. В целях предупреждения распространения холеры, чумы и сыпного тифа среди переселенцев, на крупных станциях были оборудованы специальные бараки и отделения при больницах для помещения острозаразных больных. В состав специальных переселенческих поездов и теплушек, предназначенных для перевозки переселенцев, был включен особый санитарный вагон для изоляции больных в пути. 16 июля 1909 г. Министерство путей сообщения, по соглашению с министром Внутренних дел и Главным управляющим земледелием и землеустройством, утвердили новые правила врачебно-санитарного надзора за перевозкой переселенцев. Врачебно-санитарный надзор был распространен на Забайкальскую, КВДЖ и Уссурийскую железные дороги [2, С.28-29].

1910 год отличался значительным понижением размеров переселенческого

движения: всего ходоков и переселенцев прошло за Урал 352.950 душ обоего пола, вдвое менее, чем в 1909 году, в который прошло 707 463 чел.[3, С.229]. Сокращение переселенческого движения Главное управление объясняло многообразными причинами: главным образом, недородами в отдельных местах Сибири, а также истощением земель в районе Сибирской железной дороги.

Осенью 1910 г. Председатель Совета Министров П.А.Столыпин и Главноуправляющим Управлением землеустройства и земледелия была совершена поездка в Сибирь для ознакомления с положением переселенческого дела. Выводы министров относительно назревших и желательных реформ в постановке переселенческого дела приведены в особой их записке, приложенной к всеподданнейшему докладу. В записке подробно была изложена программа правительства по колонизации Сибири на ближайшие годы. Одним из важнейших результатов этой поездки было внесение в законодательные учреждения (16 ноября 1910 г.) законопроекта о поземельном устройстве крестьян и народностей Сибири. Сущность этого законопроекта сводилась: к передаче земель не в пользование, как было раньше, а в собственность крестьянскому населению; распространение на Сибирь начал Указа 9 ноября 1906 г. и Закона 14 июня 1910 г. о выделении из общины; к общему развитию в Сибири мелкой единоличной собственности [3, С.225].

Именным Высочайшим указом от 14 марта 1911 г. Земское положение от 12 июня 1890 года о губернских и уездных земских учреждениях, с последовавшими к нему дополнениями и изменениями было введено в губерниях Витебской, Волынской, Киевской, Минской, Могилевской и Подольской [4].

Как уже было указано выше, Департамент государственных имуществ ГУЗ и 3 ведал переселением в Европейской России. После введения земства в Западных губерниях в Северо-Западный край из ближайших губерний было переселено крестьянское население. В виду недостаточности казенного земельного фонда, составляющего в Виленской, Гродненской и Ковенской губерниях всего 1.550,56 дес., переселенцы устраивались, главным образом, на частновладельческих землях, приобретаемых Крестьянским поземельным банком. В 1910 г. в Виленской губ. 277 домохозяевами приобретено из земель Крестьянского поземельного банка 4.237,4 дес. и 4524 домохозяевами от частных владельцев, при содействии банка, -2513,2 дес. Всего 4801 семья. При чем водворяемым на банковских землях из сумм, переведенных Главным Управлением земледелия и землеустройства в распоряжение местного отделения банка, выдано 14.474 р. 4 к. 164 поселенцам в беспроцентную ссуду на покупку живого и мертвого инвентаря, семян, земледельческих туков, возведение построек и проведение полевых канав. В Гродненской губ. в Сокольском уезде предоставлены старообрядцам из Могилевской губ. хуторские участки общей площадью 224.74 дес. В Ковенской губ. на хуторских участках в купленных банком имениях водворено 1.186 семейств русских поселенцев, им продано до 22600 дес., в среднем по 19 дес. на семью. Из этого числа в 1910 г. устроено на хуторских участках по запродажным условиям и договорам с предварительной арендой 410 семейств (134 православных и 276 старообрядцев) на площади 8 732,8 дес. [3, С. 216].

Для оказания поселенцам экономической помощи из сумм, отпущенных Главным управлением земледелия и землеустройства, выдано ссуд и пособий на сумму 83131 р. 22 коп., из них 35,4% - на постройки, 23,3% - живым инвентарем, 11,5% - лесом, 16,1% семенами, 6,9% земледельческими орудиями и 6,8% - минеральными удобрениями. Были предприняты агрономические меры с целью поднятия производительности хуторского хозяйства – путем устройства в 1910 г. 3 новых показательных хозяйств и окончательного оборудования 5-ти ранее устроенных, выдачу травяных семян хуторянам, переходящим к многополью, опыты по улучшению лугов, устройство прокатных станций с сельскохозяйственными машинами в более крупных центрах поселений, устройство там же 5 случайных пунктов, выдачу плодовых саженцев для устройства садов, приобретение пособий по сельскому хозяйству для бесед и чтений, разбивку полей у поселенцев (292 хутора). На все израсходовано 12.644 р. 26 коп.[3. С.217].

Медицинская помощь переселенцам была недостаточной как в пути, так и в местах водворения переселенцев, о чем свидетельствуют многочисленные факты,

приводимые в исторической и медицинской литературе. Чиновники Переселенческого управления на местах не располагали достаточными средствами, а губернская администрация часто была не курсе бедственного положения переселенцев.

Многие современники оценивали переселенческую политику правительства и роль П.А.Столыпина неоднозначно. Первая мировая война, а затем революции и гражданская война прервали осуществление хозяйственного освоения Сибири и Дальнего Востока.

Литература:

1. Зырянов П.Н. Петр Столыпин: Политический портрет.- М., 1992; Сидоровнин Г.П. Гл. 2 Начало службы. В Западном крае // Петр Аркадьевич Столыпин: Жизнь за Отечество: Жизнеописание (1862-1911).-М.: Поколение, 2007.- С.33-78.
2. Краткий обзор деятельности Переселенческого управления в 1909 г.- СПб., 1910.
3. Обзор деятельности Главного управления землеустройства и земледелия за 1910 г. - СПб., 1911
4. Собр. Узак..1911г. №.48. Ст.419
5. Современное положение переселенческого дела и его нужды: Справка для г.г. членов Государственной думы / Сост. Переселенческим управлением ГУЗ из3. СПб., 1907.
6. ПСЗ.-Собр. Ш-СПб,1913. Т.XXX. Отделение первое.1910., № 33743.
7. Труды местных комитетов о нуждах сельскохозяйственной промышленности. СПб.,1903.-Т.Х1. Гродненская губ.

ФОРМИРОВАНИЕ РЕНТГЕНОЛАБОРАНТА КАК СПЕЦИАЛИСТА

Губарь Л.М., Лещук Т.Ю., Смирнова Г.Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

С тех пор, как в 1895 году 8 ноября Рентген открыл X-лучи, рентгенология получила громадное научно-техническое развитие и все расширяющееся клиническое применение. Благодаря постоянному повышению разрешающей способности классической рентгенографии и развитию новых альтернативных методов получения изображения, таких как радионуклидные исследования, УЗИ, РКТ, МРТ - рентгенология утверждается как одна из наиболее привлекательных и захватывающих областей медицины. Роль медицинской рентгенологии в общем комплексе мероприятий здравоохранения возрастает. Сейчас не осталось органов и систем организма, которые были бы недоступны лучевой диагностике. Место разных методов исследования в каждом конкретном случае и на разных этапах построения клинического диагноза неоднозначно. Однако неверно мнение, что новейшие методы могут заменить классическую рентгенологию. Они расширяют её возможности.

Рентгенология уникальна в том отношении, что она имеет применение в каждой медицинской отрасли и специальности. С изучением изображения сталкиваются все, кто связан с оказанием медицинской помощи, включая врачей, студентов-медиков, средний медперсонал. Эта специальность повсеместна, с рентгеновскими снимками приходится иметь дело на обходе, на конференциях, при проведении обследования. Она особенно незаменима в экстренных ситуациях. В рентгенологии, более чем где-либо, глаз не видит того, чего не знает мозг [1]. И поэтому подготовка квалифицированных рентгенолаборантов имеет значение для всей медицины.

После открытия рентгеновского излучения инициативу внедрения рентгенологии в практику взяли на себя врачи разных специальностей и ученые. Многие из них в дальнейшем посвятили всю свою деятельность рентгенологии. Они сами выполняли функции рентгенолаборанта, но постепенно занялись подготовкой соответствующих кадров. Например, Н.Г. Егоров - заведующий кафедрой физики Военно-медицинской

академии в Петербурге, 3 января 1896 г. демонстрировал первый в России рентгеновский снимок, который он сделал сам. Ведущий ученый-рентгенолог Я.К. Яновский (основатель первой кафедры рентгенологии) организовал подготовку не только врачей-рентгенологов, но и рентгенолаборантов. Известно, что А.С. Попов, великий русский изобретатель радио, изготовил сам первую рентгеновскую установку и рентгеновскую трубку и некоторое время успешно лично просвечивал больных для диагностики иностранных тел и повреждения костей в военно-морском госпитале в г. Кронштадте, хотя рентгенологом не стал. Огромную роль в развитии рентгенологии сыграли многие ученые. Следует отметить И.С. Рейнберга, Д.Г. Рохлина, Г.А. Зедгенидзе, В.А. Дьяченко, Л.Д. Линденбрата и др. В Республике Беларусь работали и ныне работают Б.М. Социна, М.М. Маркварде, А.Н. Михайлов, И.И. Лазюк, Г.Д. Голуб и другие рентгенологи высочайшей квалификации.

Первые рентгенолаборанты появились из числа механиков, электриков, монтажников и других грамотных в электротехническом отношении людей. Подготовка их проводилась путем «ученичества» непосредственно на рабочих местах в рентгеновских кабинетах, без всякой программы. В 1928 г. был поднят вопрос о необходимости подготовки рентгенотехников из медицинских работников, на базе учреждений общего медицинского образования. К рентгенотехникам относили всех работающих с рентгеновскими установками, как рентгенотехников по эксплуатации, так и рентгенотехников по монтажу и ремонту рентгеновской аппаратуры. В настоящее время разделяют рентгенотехников и рентгенолаборантов. Сеть лечебно-профилактических учреждений из года в год обогащается современной медицинской аппаратурой, в неё широко внедряются новые методы исследования. Это требует создания динамичной системы обучения. Обязательными условиями успеха всех мероприятий, связанных с подготовкой рентгенолаборантов, являются плановость, систематичность обучения.

Последипломное обучение рентгенолаборантов в РБ проводится по следующим двум основным направлениям: переподготовка и повышение квалификации. С 1997 г. повышение квалификации рентгенолаборантов проводится в Гродненском государственном медицинском колледже (ГГМК), а с 2005 г. и переподготовка. За период с 1997 по 2011 г. обучено 685 рентгенолаборантов, из них 128 человек на курсах переподготовки. На курс переподготовки «Рентгенология» зачисляются лица, имеющие среднее медицинское образование по специальностям «Лечебное дело», «Сестринское дело». Процесс обучения рентгенолаборантов весьма длительный (4 месяца) и трудоемкий, который состоит из нескольких этапов: отбор слушателей, обучение их общеобразовательным аспектам, теоретическое и практическое обучение по дисциплинам специальности. Востребованы творческие, ответственные и готовые к освоению нового медицинские работники, так как специальность рентгенолаборанта связана с радиационной безопасностью населения, а это накладывает особую от других профессий ответственность. Специалисты должны получать прочные и глубокие знания, которые в дальнейшем будут реализовываться в осмысленные, грамотные и правильные действия. Занятия проводятся по специально разработанным программам под руководством опытных педагогов. Эффективная подготовка специалистов обеспечивается наличием практической базы: это рентгенкабинеты многопрофильных городских поликлиник и больниц, оснащенных современными аппаратами (ангиографический комплекс ADVANTEX, рентгенодиагностический аппарат VISION, цифровой рентгенодиагностический аппарат Пульмоскан-760 У, палатный аппарат Basic-100-30, ортопантомограф ORTOPHOS Simens, 32срезовый спиральный рентгеновский компьютерный томограф Light Speed pro 32, маммограф Melody, аппарат дистанционной литотрипсии «Литоскоп», аппарат рентгеновский урологический «Уроскоп» и др.).

Все усложняющееся техническое оснащение рентгенкабинетов требует непрерывного повышения профессионализма рентгенолаборантов, т.к. от их квалификации во многом зависит качество обследования пациента, а значит, своевременное распознавание заболевания. Если при проведении рентгеноскопии от рентгенолаборанта требуется лишь выполнять указания врача и регулировать режим работы аппарата, то производство рентгенографии полностью зависит от степени мастерства рентгенолаборанта [2]. Современному специалисту необходимо быть человеком квалифицированным и творческим. Курсов повышения квалификации недостаточно, необходимы

самоподготовка и обучение в процессе работы. Важно, чтобы старшие рентгенолаборанты были из числа самых опытных. Большую роль в расширении кругозора рентгенолаборантов играют получившие распространение за последние годы конкурсы на лучшего рентгенолаборанта. Ежегодно с 2003 г. в Гродно проводятся областные семинары по вопросам улучшения качества рентгенодиагностического процесса, аттестация рентгенолаборантов по технике радиационной безопасности. Среднее звено рентгеновской службы имеет большие потенциальные возможности, способно активно принимать участие в новаторстве и рационализации и это надо умело выявлять и использовать. По отзывам слушателей, обучение на курсах повышения квалификации помогает в подготовке к экзаменам на квалификационную категорию, при этом из года в год увеличивается число стремящихся её повысить. Если в 2003 г. имели категорию 61% рентгенолаборантов, то в 2011 г. - 79%. Это доказывает практическую направленность обучения в Гродненском государственном медицинском колледже.

Из вышеизложенного следует, что без рентгенолаборантов сегодня медицина существовать не может. И для того, чтобы рентгенолаборанты продолжали занимать свою «нишу», они должны быть грамотными, любящими свою профессию специалистами, готовыми непрерывно совершенствовать профессиональное мастерство.

Литература:

1. Кац, Д.С. Секреты рентгенологии / Д.С. Кац, К.Р. Мас, С.А. Гроскин . - М. – СПб: Изд-во БИНОМ - Изд-во Диалект, 2003. – 704 с.
2. Михайлов, А.Н. Справочник врача-рентгенолога и рентгенолаборанта / А.Н. Михайлов. - Мн.: Изд-во Харвест, 2006. - 749с.

ИНВЕНТАРЬ АПТЕЧНОГО ИМУЩЕСТВА И НАУЧНЫХ КНИГ ПО ЕСТЕСТВОЗНАНИЮ СЛУЦКОЙ ИЕЗУИТСКОЙ КОЛЛЕГИИ ОТ 1773 – 1775 гг.

Гудине В.

Музей фармации и медицины Литвы (Каунас)

С XVI по XVIII в. орден иезуитов был одним из самых влиятельных и успешных католических орденов. Он основан в 1540 г. За 230 лет своего существования маленькая община выросла в известную во всем мире организацию. Иезуиты открывали коллегии, библиотеки, типографии и стали противовесом распространяющемуся протестантизму.

В 1579 г. Орден обосновал в Вильно академию. Это первое высшее учебное заведение в Великом Княжестве Литовском (ВКЛ). Позже иезуиты открыли свои коллегии в Полоцке, Несвиже, Орше, Бресте, Пинске, Новогрудке, Гродно, Витебске, Минске, Слуцке.

В 1773 г. Папа римский Клеменс XIV в своей булле объявил о ликвидации ордена иезуитов. После этого распоряжения работу по администрированию системы образования Литвы и Польши, а также имущество иезуитов переняла учрежденная Сеймом Эдукационная комиссия.

При передаче имущества оно было тщательно инвентаризовано. В разделе Рукописей библиотеки Академии наук Литвы имени Врублевских Р. 21-1445 хранится опись имущества Слуцкой коллегии.

При передаче имущества, принадлежавшего Слуцкой иезуитской коллегии, Эдукационной комиссии ВКЛ, в 1773-1775 г.г. была составлена опись движимости и недвижимости, продуктов питания, напитков, церковных принадлежностей и ост. добра, находившегося в Слуцком костеле, в монастыре, а также в аптеке, поместьях, поливарках, корчмах и в остальных владениях коллегии. Цель этой работы - сделать краткий обзор описи имущества Слуцкой аптеки и собрания сочинений по естествознанию и медицинской науке, находившихся в Коллежской библиотеке.

Как обычно, иезуиты в Слуцке при коллегии основали аптеку. В Инвентаре запи-

сано, что она находится в новом здании при коллегии и костела. Рядом с аптекой был разбит сад, где росли лекарственные травы. В описи имущества перечислены фармацевтическое оборудование и приборы: пестики, весы, разные сосуды, алембики. Также предоставлен список сырья и лекарств. Он разделен на несколько разделов. Прежде всего, в разделе Препараты „Pregara 1a" перечислены все лекарства, после следуют разделы Эссенции „Еззепйа", Эфирные масла „Olea Destillata" (19 штук), Кашки "Electuaria" (11), Пластырь „Emplastrum" (19), Пилули "Pilulae" (10) (пус), Мази "Unquentum" (18), Сборы „Species", Разные "Varia" (13). Помимо этого, в списке количество лекарств и сырья указано в унциях и драхмах, но их цена не указана. Интересно то, что в списке некоторая информация предоставлена знаками алхимии.

Список лекарств и сырья составляют материалы растительного, животного, минерального и химического происхождения. В большей мере указаны растения, а также ядовитые, отличающиеся наркотическими свойствами, содержащие алкалоиды, например, опиоидные препараты, рвотный орех – *nux vomica*, *Balsam Peruvian*, *Ba1zat* Регш/ап получаемый из коры хинного дерева, применимый для лечения малярии и снижения жара. Лекарство животного происхождения, это мистический противоядие – безоар, конкремент добывается из желудка горных коз, *Empl. Vesicatoria* – пластырь, покрытый стертими шпанскими мушками и другими компонентами, *Axungia* – жир разных животных, медведя, лисы. Помимо этого в разделе "Varia" указан и *Cranium Humanum* – это порошок из человеческого черепа. Его в средневековье принимали как составную часть лекарства от болезней ума, эпилепсии. В списке минеральных и химических соединений выделяется ртуть и его соединения. В Инвентаре предоставлено: Каломель „*Mercurius albus*", Белая ртуть, Красная ртуть „*Mercurius ruber*", хлорид ртути " *Cinabaris*", а также соединения сурьмы, магния, эфир в смеси с алкоголем. Как минералы указаны кораллы. В списке также упомянуты две каши: „*Electuaria catholica*" и "*Electuaria theriaca venet*", это кашка Венецианского териака. Териак – это мистическое лекарство античных времен, „панацея" от всех болезней. Это лекарство – сторожило, находившееся в рынке лекарств дольше всех, примерно тысячу лет. Гален описал териак, как состоящего из 70 компонентов.

В коллежский Инвентарь также включены книги из библиотеки. В описи имущества аптеки не обнаружен список (указатель) книг. Хотя, обычно, в каждой аптеке была собственная библиотека, в которой имелась скромная коллекция из хотя – бы 50 книг. В библиотеке Академии Вильно было 405 книг, описанных как имущество аптеки. В то время, как в Слуцком Инвентаре медицинские книги составили часть коллежской библиотеки. В конечном счете, в библиотеке хранилось 2995 книг, и их список предоставлен на 22 листах (л.21-42). Произведения о медицине разделены на несколько разделов: *Medici Latini* (30 книг), *Medici Polonici* – (2 книги), *Medici Germani* (15 книг), *Medici Gallici* (4 книги). В собрании книг по научному естествознанию *Naturalis Latini* перечислено 27 книг, в том числе, и необходимые для врачей и фармацевтов. Итак, в библиотеке коллегии было много разных трактатов в области медицины и естествознания, коллекцию составило 78 книг. В списке книг часто указано лишь наименование издания, без указания на автора. Это усугубило идентификацию книг.

В библиотеке были книги по анатомии и хирургии человека, а также по химии, медицинской химии, так называемой ятрохимии. Указаны и произведения медицинской философии, медицинской диагностики, терапии, произведения об изготовлении лекарств, гербарий, трактаты о лихорадочных болезнях, чуме, сифилисе.

В библиотеке обнаружены три экземпляра сборника сочинений „*Opera*" известного врача эпохи возрождения, реформатора, философа Парацельса (*Paracelsus*). Иезуиты также читали работы французского автора, врача, выпускника университета в Монпелье Пьера Бореля (*Petrus Borellius*, ca. 1620 – 1671), известного иезуита XVII в., математика, историка, универсального ученого и изобретателя Атанасиуса Кирхера (*Athanasius Kircher*, 1602-1680), работы других авторов.

В библиотеке обнаружено и несколько книг, касающихся опыта в области медицины других стран. Это гербарий исследователя в области медицины и растений Америки и Николас Монардес (*Nicolas Monardes*, 1512-1588). Это и опубликованная в XVII в. Голландским врачом, натуралистом и исследователем медицины тропических стран

Уильямом Писо (*Willem Piso*, 1611-1678) – *Historiae naturalis & medicae Indiae oc-*

cidentalіs. В этой книге он описал растения и медицину Индии.

В списке Инвентаря указаны две опубликованные на польском языке книги, это "Choroby ludzkie y i konskie" и "Przymiot abo choroba dvorska".

В собрании научных книг по естествознанию была „ШзИопа КаШгаНз” известного античного энциклопедиста Плиния (Plinius), работы британского философа и врача, исследователя процессов в медицине, экспериментатора, химика, Роберта Боила (Robert Boyle, 1627-1691), а также „Observationes” известного врача эпохи возрождения, профессора, математика, теолога, представителя знаменитой династии врачей, анатома Томаса Бартолини (Thomas Bartholin, 1616 - 1680), и другие произведения. Вероятно, эти книги читали аптекари Слуцкой аптеки иезуитов.

Инвентарь имущества Слуцких иезуитов предоставляет подробные сведения об аптеке, работавшей при коллегии. В аптеке изготавливали лекарство не только из местного сырья, но и из привозного, такого как хининовая кора, кардамон, лавровый лист, листья сенны, тамаринд и ост. Также в аптечном ассортименте было много лекарств животного происхождения, животные жиры, шпанские мушки, бобровая струя, порошок безоара и даже такие архаичные лекарства, как порошок из человеческого черепа. Из химических лекарств самой популярной были ртуть и ее соединения. А также лекарства из сурьмы, магния, аммиака, эфира. И хотя в аптеке в наибольшем количестве найдено лекарств растительного происхождения, но очевидно, что для изготовления лекарств часто использовали химические лекарства. Это доказывают и книги, находящиеся в библиотеке коллегии. Наряду с произведениями в области медицины, анатомии, хирургии, иезуиты покупали книги по химии и ятрохимии. Они также читали работы авторов, описавших искусство лечения и растительный мир других континентов.

В аптеке Слуцкой коллегии использовали передовую в это время аппаратуру для изготовления лекарств, например алембики. В своей практике они соединяли разный опыт изготовления лекарств: классический - античный, и - ятрохимический, основоположником которого был Парацельс. Наряду с архаичными лекарствами, такими как Cranium humanum, Theriaca, находят место и химические соединения. В списке книг библиотеки находим издания разного содержания: античные книги и книги эпохи возрождения.

КАФЕДРА ГИГИЕНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭКОЛОГИИ: ИСТОРИЯ, ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Гузик Е.О., Тернов В.И., Башун Т.В, Зятиков Е.С., Тяхлова И.Н., Фурс С.Ф.,
Протько Н.Н., Мельникова Е.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Последипломная подготовка специалистов гигиенического профиля в Республике Беларусь начала проводиться в 1945 г. на базе Минского медицинского института. Затем, с 1947 г. – на базе Белорусского государственного института усовершенствования врачей.

В марте 1949 г. была организована самостоятельная кафедра гигиены. Возглавил ее директор научно-исследовательского санитарного института П.В. Остапеня. В 1951 г. кафедра переименована в кафедру общей гигиены.

В период с 1951 по 1958 гг. руководил кафедрой доктор медицинских наук, профессор Мухин А.П. В 1957 году на должность ассистента избрана к.м.н. В.В. Сурикова, проработавшая на кафедре с 1957 по 1983 гг. В этот период кафедра проводит долгосрочные курсы, преимущественно по общей гигиене и организации лабораторной службы.

С 1960 по 1968 год заведовал кафедрой профессор Габрилович М.А. Он усовершенствовал организацию педагогического процесса на кафедре и расширил тематику проводимых научно-исследовательских работ. В 1965 и 1966 годах на кафедру были приняты два аспиранта: Бобровских С.П. и Роговина С.В. Укрепление базы и на-

личие высококвалифицированных кадров позволило значительно улучшить подготовку врачей.

С 1971 по 1991 гг. заведующим кафедрой был кандидат медицинских наук, заслуженный врач БССР профессор И.Б. Кардаш. В этот период на кафедру приходят молодые специалисты: в 1978 г. - кандидат медицинских наук Тернов В.И., в 1980 г. - кандидат медицинских наук Е.С. Зятиков, в 1981 г. - кандидат медицинских наук Э.П. Боклаг, в 1985 - кандидат медицинских наук В.И. Мурох.

В 1972 г. кафедра была переведена в новый учебно-лабораторный корпус института, где в 14 благоустроенных комнатах разместились учебные классы, аудитории и лаборатории. Было проведено переоснащение кафедры современным учебным и лабораторным оборудованием, создана библиотека справочной и методической литературы, учебная кинотека, банк действующих нормативно-технических документов, учебных таблиц, макетов и других учебных материалов. Для проведения практических занятий использовались 21 базовых санэпидучреждения и 32 объекта госсаннадзора. Была введена новая форма курсовой подготовки – проведение выездных циклов в областях Беларуси и за ее пределами (Сахалинский край, Красноярский край, Киргизия).

В 1976-1980 гг. И.Б. Кардаш был командирован в Алжирскую народно-демократическую республику, где работал в качестве профессора-консультанта и руководителя группы советских специалистов, помогавших республике в создании санитарно-эпидемиологической службы. В этот период обязанности заведующего кафедрой исполняла доцент В.В.Сурикова.

В 1989 году на кафедре начинает функционировать курс по последипломной подготовке врачей санитарно-гигиенических лабораторий (лабораторные методы исследования пищевых продуктов и объектов окружающей среды). Для проведения занятий на этих курсах в 1989 году по конкурсу на должности ассистентов на кафедру избраны кандидаты химических наук Башун Т.В. и Фурс С.Ф.

С 1991 по февраль 2006 года кафедру возглавлял доктор медицинских наук, профессор Тернов В.И. Под его руководством с 1991 года кафедра начала проводить тематические циклы по всем гигиеническим разделам деятельности ЦГиЭ: гигиена труда, гигиена питания, гигиена детей и подростков, коммунальная и радиационная гигиена, санитарно-химические методы исследования. Периодически проводились курсы повышения квалификации преподавателей гигиенических кафедр медицинских вузов республики, средних медицинских работников. В 1994 г. на базе кафедры проведен региональный семинар ВОЗ «Экологическая эпидемиология». Внедрены в практику преподавания новые методы обучения, включая компьютерные технологии. В 1997 году кафедра была переименована и стала называться «кафедра гигиены и медицинской экологии».

В апреле 2000 года при кафедре организован курс профилактической медицины и статистического учёта, который возглавил профессор В.Н.Ростовцев, а на должность старшего преподавателя курса избрана кандидат медицинских наук И.Н. Тюхлова.

На кафедру приходят новые сотрудники: кандидат медицинских наук, доцент Сушевич В.В., кандидат медицинских наук, доцент Федоренко Е.В., Калацей Л.М., Трошкина В.А.(2005), Протько Н.Н., Мащенко И.Н., Мельникова Е.И.

С февраля 2006 года кафедру возглавляет кандидат медицинских наук, доцент Гузик Е.О. Подготовка слушателей направлена на усвоение ими новых организационно-методических основ ведения государственного санитарного надзора по всем разделам гигиены, санитарно-гигиеническим лабораторным методам исследования, основам медицинской профилактики.

В настоящее время на кафедре работает 14 человек, в том числе 10 человек профессорско-преподавательского состава: заведующая кафедрой (Гузик Е.О. - кандидат медицинских наук, доцент), профессор (Тернов В.И. - доктор медицинских наук, профессор), 3 доцента, кандидата медицинских наук (Зятиков Е.С., Тюхлова И.Н., Протько Н.Н.), 2 доцента, кандидата химических наук (Башун Т.В., Фурс С.Ф.), 2 старших преподавателя (Мельникова Е.И., Трошкина В.А.), 1 ассистент (Мащенко И.В.). К преподаванию на кафедре привлекаются ведущие специалисты Министерства здравоохранения, ГУ «Республиканский научно-практический центр гигиены», других профильных научно-исследовательских учреждений, ведущие специалисты республикан-

ских, областных и городских учреждений здравоохранения (РЦГЭиОЗ, МГЦГЭ, МОЦГЭ и ОЗ), среди которых доктора и кандидаты медицинских наук, врачи высшей квалификационной категории.

Большую помощь в организации учебного процесса оказывают лаборанты кафедры: Коржицкая Т.И., Конькова И.В., Степанюк И.В., Нестеренок А.В.

Помимо учебной базы БелМАПО, в соответствии с договорами о сотрудничестве в качестве учебных баз используются практические и научные учреждения Министерства здравоохранения Республики Беларусь и других министерств и ведомств.

На кафедре постоянно проводится работа по обновлению лекций, практических занятий и учебных программ. Широко используются современные компьютерные технологии, позволяющие преподносить слушателям новые знания.

Кафедрой гигиены и медицинской экологии проводится значительная работа по актуализации программ действующих и введению новых курсов повышения квалификации и переподготовки. В 2009 году были введены новые занятия по осуществлению предупредительного санитарного надзора за строящимися и реконструируемыми объектами в районе сложившейся застройки, новым международным подходам к регулированию обращения химических веществ (SAICM, REACH, GHS), токсиколого-гигиеническим исследованиям товаров народного потребления, современным лабораторным методам контроля физических факторов внешней среды.

Сотрудники кафедры принимают активное участие в проведении семинаров для работников практического здравоохранения, читают лекции по формированию здорового образа жизни для населения.

Научная работа кафедры связана, в основном, с именами таких специалистов, как профессор Кардаш И.Б., Тернов В.И., Мурох В.И., Ростовцев В.Н., которые в определенные периоды работы определяли направления научной деятельности коллектива кафедры.

С участием Тернова В.И. изданы монографии «Жизнь, здоровье, долголетие», «Чернобыль: шанс выжить». Мурох В.И. является автором издания «Без права на ошибку в питании», Ростовцев В.Н. – автор монографий «Основы здоровья» и «Культура здоровья». С участием Гузик Е.О. издана монография «Биоэлементный статус населения Беларуси: экологические, физиологические и патологические аспекты».

За период с 1981 по 2011 год на кафедре были выполнены более 30 научных тем. Основными направлениями деятельности явились исследования в области радиационной гигиены, гигиены питания, гигиены детей и подростков, коммунальной гигиены, гигиены труда и профилактической медицины.

В области радиационной медицины проведен целый ряд исследований по оценке уровня лучевых нагрузок, анализу состояния здоровья разных контингентов населения, проживающих на загрязнённых радионуклидами территориях, проанализирована эффективность работы учреждений санэпидслужбы в восстановительный период ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.

В области гигиены питания основными явились исследования по оценке пищевых продуктов в условиях применения минеральных удобрений, анализу питания различных контингентов населения, оценке риска здоровью населения в зависимости от загрязнения продуктов питания ксенобиотиками.

По разделу гигиены детей и подростков научные работы проводились по исследованию здоровья и физического развития детей школьного возраста, анализу здоровьесберегающей системы в учреждениях дошкольного образования, оценке психологического статуса школьников, оценке поступления цезия-137 в организм детей г. Минска.

Проблемам коммунальной гигиены были посвящены исследования в области оценки степени загрязнения атмосферного воздуха и заболеваемости органов дыхания населения, проживающего в крупном промышленно-транспортном центре, а также в области оценки рисков от ксенобиотического загрязнения атмосферы.

В области профилактической медицины исследования были посвящены вопросам первичной профилактики рискованного полового поведения и инфекций, передающихся половым путём, первичной профилактики злоупотребления психоактивных веществ.

Сотрудниками кафедры защищены 2 докторские диссертации (Тернов В.И., Мурох В.И.), 5 кандидатских диссертаций (Роговина С.В., Бобровских С.П., Фурс С.Ф., Федоренко Е.В., Протьюко Н.Н.). Результаты научных исследований сотрудников кафедры за период с 1981 по 211 гг. опубликованы более чем в 300 статьях и тезисах, доложены более чем на 150 форумах, в том числе международных.

Сотрудники кафедры за плодотворную учебную и научно-исследовательскую работу многократно поощрялись руководством Министерства здравоохранения СССР и Республики Беларусь, Парламентским собранием страны, администрацией Белорусской медицинской академии последипломного образования.

Основными перспективами развития системы повышения квалификации специалистов медико-профилактического профиля на кафедре гигиены и медицинской экологии БелМАПО являются:

Дальнейшее совершенствование учебной и учебно-методической работы с учётом требований практики.

Укрепление материально-технической базы кафедры, широкое использование современных технических средств обучения и в первую очередь компьютерных технологий.

Развитие и углубление современных научных исследований по изучению факторов среды обитания человека и оценке влияния их на здоровье.

Расширение сотрудничества с профильными научно-педагогическими и научно-исследовательскими и практическими учреждениями и организациями республики, стран ближнего и дальнего зарубежья.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ФТИЗИАТРИИ: ОТ ПРИКЛАДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДО ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ РАЗРАБОТОК

Гуревич Г.Л., Скрыгина Е.М., Калечиц О.М., Лицкевич Л.В., Астровко А.П.

ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»

Начало отечественной фтизиатрии как науки связано с открытием в 1928 г. Белорусского НИИ туберкулеза. Из-за отсутствия собственной клинической базы в институте, слабого экспериментального отдела, недостаточного кадрового потенциала научные разработки носили, в основном, прикладной характер. В период 1930-1940 гг. проведены исследования клиники и бактериологической диагностики туберкулеза, лечения с применением искусственного пневмоторакса (Е.Л. Маршак). Проведен анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу с разработкой практических мер по предупреждению распространения заболевания.

В истории мировой фтизиатрии 50-е годы прошлого столетия ознаменовались синтезом первых противотуберкулезных препаратов. В республике проводятся исследования по применению этих лекарственных средств при разных формах туберкулеза, разработке методик и режимов химиотерапии (И.Л. Тамарин, Л.П. Фирсова). Заслуживают внимания исследования в области туберкулинодиагностики (Е.Б. Меве) и химио-профилактики туберкулеза у детей (Т.В. Комар).

С открытием в 1958 г. Гродненского государственного медицинского института на кафедре фтизиатрии (1961 г.) начались совместные исследования с кафедрой микробиологии, ЦНИЛ, лабораториями НИИ фармакологии и биохимии НАН Республики Беларусь. Комплексные исследования проблемы иммунологии туберкулеза, нарушений резистентности организма и метаболических процессов, состояния витаминного баланса при туберкулезе (П.С. Гельберг, СБ. Вольф). На основании полученных результатов даны конкретные рекомендации по витаминотерапии больных туберкулезом, предложен витаминный комплекс на начальном и последующих этапах химиотерапии. В течение многих лет на кафедрах микробиологии и фтизиатрии ГрГМУ проводились исследования по усовершенствованию плотных питательных сред для выращивания

микобактерий туберкулеза (МБТ) путем изменения их состава и добавления биологически активных компонентов (СИ. Гельберг, И.С Гельберг). Создана новая питательная среда, которая запатентована.

По инициативе Министерства здравоохранения с 1969 г. по 1979 г. в республике проводились комплексные контролируемые исследования по разработке научно обоснованной эпидемиологической модели распространенности туберкулеза и новых организационных форм противотуберкулезной помощи (Н.Е. Савченко, М.Н. Ломако, О.М. Калечиц). Как показала практика, экспериментальные научные программы оказались высоко эффективными, туберкулез в Беларуси стал управляемой инфекцией.

В 80-е годы выполняется ряд научно-экспериментальных работ, позволивших получить новые сведения в области патоморфоза туберкулеза и на этой основе предложить оригинальные методы диагностики и лечения заболевания (Г.Л. Гуревич, В.С. Коровкин, И.М. Лаптева, В.П. Скиба). Особое место в этот период занимает разработка хирургических методов лечения при туберкулезе легких (П.М. Кузюкович), костно-суставном (Л.И. Бараш) и мочеполовом туберкулезе (В.В. Борщевский).

Чернобыльская катастрофа и распад СССР открывают новый этап в истории отечественной фтизиатрии. С первых недель после взрыва на ЧАЭС начинается изучение у детей и подростков состояния противотуберкулезного иммунитета с целью разработки эффективных профилактических мероприятий в условиях возникшей радиоэкологической ситуации. Накапливаются уникальные данные о влиянии малых доз радиации в сочетании с агрессивными факторами внешней среды на организм и связи развивающихся при этом иммунодефицитных состояний с заболеванием туберкулезом. На основании проведенных исследований Г.Л. Гуревичем и А.К. Абрамовской даны научно обоснованные рекомендации по профилактике и лечению туберкулеза у лиц, подвергшихся воздействию малых доз радиации.

В этот период выполнены фундаментальные исследования, раскрывающие иммунопатогенез и патоморфоз остропротекающих форм туберкулеза (Л.К. Суркова). Разрабатываются и внедряются в практику методы ускоренной лабораторной диагностики МБТ, тест-системы для определения в иммуноферментном анализе антигенов и антител возбудителя.

В конце прошлого столетия на первый план выдвигается проблема множественно лекарственно устойчивого туберкулеза (МЛУ-ТБ). Активно начинаются клинко-лабораторные исследования по надзору за МЛУ-ТБ, выяснения причин развития множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) возбудителя, разработка режимов и методов лечения пациентов и рекомендаций по предупреждению МЛУ-ТБ (Е.М. Скрягина, Г.Л. Гуревич).

В современный период (2000-2011 гг.) отечественная фтизиатрическая наука достигла значительных успехов в раскрытии механизмов развития МЛУ-ТБ, разработке методов и способов ранней диагностики этой патологии и лечения пациентов. На основе современных молекулярно-генетических методов изучена распространенность МЛУ-ТБ по регионам республики. Результаты молекулярной характеристики МЛУ штаммов МБТ позволили установить, что главной причиной распространения МЛУ-ТБ является трансмиссия устойчивых штаммов возбудителя, что, в свою очередь, определило разработку адекватных мер инфекционного контроля за туберкулезной инфекцией.

С целью ускоренной диагностики МЛУ научно обосновано использование высокотехнологичного метода НАПЧ-1ez1, который, наряду с квантифероновым тестом, позволяет проводить и дифференцированную диагностику с нетуберкулезными микобактериями и вакцинным штаммом БЦЖ. Изучены генетические детерминанты резистентности к рифампицину и изониазиду, что позволяет проводить быструю диагностику МЛУ возбудителя. Разработана отечественная тест-система для молекулярно-генетической диагностики МЛУ-ТБ.

Перспективным направлением в современной фтизиатрии является разработка оригинальной нанобиотехнологии аутологичной трансплантации мезенхимальных стволовых клеток периферической крови в комплексной терапии пациентов с МЛУ-ТБ (Е.М. Скрягина). Оригинальность научных разработок по фтизиатрии подтверждена 13 патентами и 6 заявками на изобретения.

За 2006-2010 годы в «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» (далее центр) выполнено 26 заданий в рамках государственной комплексной программы научных исследований «Современные технологии в медицине», программы отраслевого назначения, направленной на обеспечение деятельности Министерства, государственных и отраслевых научно-технических программ.

Важным направлением научно-исследовательской и практической работы центра является разработка и внедрение современных технологий медицинской реабилитации и медицинской экспертизы при туберкулезе и других болезнях органов дыхания. Бородиной Г. Л., Лаптевой И. М., Лицкевич Л. В. разработаны научно обоснованные технологии лечения, медицинской реабилитации и экспертизы при туберкулезе, пневмониях, саркоидозе, бронхо-обструктивных заболеваниях легких.

Активно развивается международное научное сотрудничество. С 2009 года начаты исследования в рамках 3 международных научно-исследовательских проектов. Изучение экспрессии генов и профилей иммунологических параметров при туберкулезе в процессе лечения проводится белорусскими учеными совместно с институтом инфекционной биологии г. Берлина (Германия), международное обсервационное исследование туберкулеза среди ВИЧ-положительных пациентов - с Панум институтом г. Копенгагена (Дания), анализ распространенности МЛУ-ТБ в Российской Федерации и Республике Беларусь - с ЦНИИ туберкулеза РАМН (г. Москва).

В рамках Государственной программы инновационного развития Республики Беларусь на 2007 - 2010 гг. на базе «Минский НИИ радиоматериалов» создано новое производство отечественных концентраторов кислорода медицинских (ККМ-23). За период 2008-2010 гг. выпущено и реализовано потребителям 165 аппаратов на общую сумму более 1 млрд 155 млн руб. Совместно с УП «Унитехпром БГУ» разработаны и внедрены в серийное производство отечественные спирометры МАС-1. За 2006-2010 гг. выпущено и реализовано потребителям более 630 аппаратов на общую сумму более 4 млрд 687 млн руб. Как «Лучшая инновационная разработка, внедренная в производство» МАС-1 награжден 5 дипломами первой степени, 4 золотыми медалями на международных и республиканских выставках.

Благодаря практическому использованию разработанных и запатентованных технологий, в центре за 2006-2010 гг. выполнено 87 высокотехнологичных видов медицинской помощи (реконструктивных операций на органах мочеполовой системы, торакальных хирургических вмешательств на легких и плевре, в т.ч. с использованием видеоассистированных операций), что способствовало решению проблем импортозамещения, улучшения диагностики, лечения и профилактики болезней органов дыхания.

В 2006-2010 гг. сотрудники центра приняли участие в 13 международных и республиканских выставках, сделано 218 докладов на 75 международных и республиканских конференциях. Получено более 90 сертификатов участников. Создан центр для подготовки и обучения персонала, подготовлено и проведено 7 научно-практических конференций, VII съезд фтизиатров, более 75 обучающих семинаров. На рабочем месте подготовлен 121 специалист.

За достижения в научной и инновационной деятельности ученые центра удостоены медали «За трудовые заслуги», 10 знаков «Отличник здравоохранения», 2 почетных грамот Советов Министров Республики Беларусь, 3 персональных надбавок в области науки за выдающийся вклад в социально-экономическое развитие республики.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ЭСТЕТИКИ ЛИЦА И ЗУБОВ ЧЕЛОВЕКА

Данилова Д.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

С незапамятных времен человечество стремилось улучшить эстетику улыбки и, в частности, зубов. Бытующие у разных народов понятия о красоте на протяжении веков претерпели множество изменений. Не всегда ровные белые зубы служили эталоном красоты. Так, древние женщины у ацтеков, майя, инков украшали свои зубы «вкладками» из полудрагоценных камней. Вьетнамки и японки считали, что зубы должны быть почти черными. Представительницы некоторых племен на территории Бразилии до сих пор затачивают свои резцы таким образом, чтобы придать им форму акульих зубов.

Вместе с меняющимися представлениями о красоте развивались и совершенствовались методы ее познания. Об этом свидетельствуют многочисленные памятники древности: наскальная живопись, изображения богов, тотемов, статуэтки.

С эстетической точки зрения, человека интересовало его лицо, которое с древних времен было предметом исследования и изображения. Аристотель впервые предложил разделить лицо на однородные элементы и вычислить системные и структурные связи между ними, применить математический метод исследования. Благодаря этому стали появляться каноны (греч. κανὼν – правило, предписание) – совокупность художественных приемов или правил, которые считались обязательными в ту или иную эпоху. В разные исторические периоды создавались новые и совершенствовались старые каноны. В основу каждого канона был положен модуль – размер какой-либо части тела или лица человека. В каноне эпохи Возрождения человек с поднятыми вверх и разведенными в стороны руками вписывается в круг с центром, расположенным вблизи пупка. В каноне Леонардо да Винчи (1452—1519) за модуль принята голова, которую он укладывал в фигуре 8 раз. Высотой лица он считал расстояние от волосистой части головы до подбородка по средней линии. Итальянский художник Микеланджело (1475–1564) также принимал за модуль высоту головы, которая во всей фигуре укладывалась восемь с четвертью раз. Высоту лица он разделил на три части: лобную, носовую и ротоподбородочную, полагая, что они равны между собой. Большое значение законам строения лица уделял Альбрехт Дюрер. Он считал, что пропорции лица человека не только строго индивидуальны, но и сохраняются в течение всей жизни индивида, несмотря на органические трансформации, которые происходят постоянно.

Пропорции тела изучают с помощью правила «золотого сечения». Золотое сечение, названное Лукой Пачиоли «божественной пропорцией», обладает удивительным свойством взаимосвязи между частями и целым. Золотое сечение лица (от лобной точки до подбородка) проходит по переносице, гнатической части лицевого скелета (от кончика носа до подбородочной точки), при закрытом рте идет по линии смыкания губ. При открытом рте это расстояние равно дистанции от подбородочной точки до верхней губы. «Золотой циркуль», предложенный для определения места золотого сечения, делит любую величину в указанных соотношениях. По современным данным, частота встречаемости пропорций лица, соответствующих принципу золотого сечения, в среднем составляет 24% в разных возрастных группах при условии нейтрального прикуса.

Однако каноны только схематизировали реально существующего человека, поэтому сегодня они имеют лишь историческое значение, как для науки, так и для искусства. Учитывая все вышесказанное, исследователи стремились перейти от качественного представления о форме лица (широкое, узкое, овальное) к его количественной характеристике на основании изучения его ширины, высоты, глубины.

Научная антропология и ортодонтия в описании типов лица опирается на объективные критерии, учитывающие индивидуальные особенности.

Датский анатом П. Кампер (1791) подарил миру краниометрическую методику (cranium – череп), ввел понятие индексов, т.е. соотношения размеров. Более совершенная краниометрическая методика французского исследователя П. Брока изложена в его «антропологических инструкциях» (1864). Параллельно немецкий ученый Р.Вирхов предложил свою программу и методику исследований. Но использование исследователями различных методик затрудняло сопоставление результатов. По инициативе К.М. Бэра, разрабатывавшего методику антропологических исследований в России, в 1861 г. в Геттине был созван съезд антропологов. Для выработки единых принципов измерений на конгрессе антропологов во Франкфурте-на-Майне в 1884 г. были приняты единые для всех антропологов краниометрические точки, которым были присвоены цифровые (список Мартина) и буквенные (программа Велькера) обозначения.

Начало современному периоду биотипологии положил великий немецкий поэт и ученый Гете (1749 – 1832), введя термин «морфология». Большая медицинская энциклопедия содержит следующее толкование этого понятия: «морфология (греч. morphé образ, форма + logos учение) – наука о форме и строении (структуре) организмов, имеющая своей задачей познание закономерностей пространственной организации объектов живой природы» [68]. В настоящее время при описании зубов выделяют микро- и макроморфологию. Макроморфология занимается исследованием общих закономерностей формообразования, составляющих основу строения и развития зубной системы (макроструктуры). Термин «микроморфология зубов» принят для удобства описания архитектоники дентина и эмали на уровне гистологического строения. Основоположник французской морфологической школы Клод Сиго (1863-1921) выделил четыре типа конституции, в зависимости от преобладания одного из четырех аппаратов организма: дыхательный, пищеварительный, мышечный, мозговой. Э. ретчмер (1936) предложил классифицировать конституцию человека по трем типам: лептосомный (греч. leptos – легкий, узкий, тонкий), атлетический (греч. athlētēs – борец), пикнический (греч. pyknos – плотный, толстый).

Зубы расположены в нижней трети лица и привлекли внимание исследователей, поскольку являются важным элементом эстетического восприятия человека. Знания о норме и патологии использовались для лечения зубов в древности (Индия, Египет). С XIX века ученые обращают внимание на групповые различия в величине и форме зубов. Так, Г.Флауэр (1886) отметил, что представителям экваториальной расы присущи крупные зубы, монголоидам – мелкие, а зубы народов европеоидной расы занимают промежуточное положение между крайними вариантами. Американский ученый А.Дальберг разработал и предложил методики исследования многих зубных признаков. Большой вклад в развитие одонтологии внес советский ученый А.А. Зубов, который усовершенствовал методику определения различных одонтологических признаков, предложил унифицированную программу исследований, дал теоретическое обоснование этнической одонтологии.

Основными методами исследования зубов являются одонтометрия и одонтоскопия. Под одонтометрией понимают совокупность различных измерений зубов, которые проводят при помощи стоматологического штангенциркуля с заостренными ножками или микрометром с точностью до 0,1 мм. Наиболее важными одонтометрическими параметрами в клинике терапевтической стоматологии являются высота коронки (Н), мезио-дистальный размер коронки (MD) и вестибуло-лингвальный размер коронки (VL). Кроме того, для характеристики площади, объема и конфигурации коронки рассчитываются интегральные индексы на основе истинных размеров зубов:

Модуль коронки = $(VL_{\text{коронки}} + MD_{\text{коронки}}) : 2$;

Массивность коронки = $VL_{\text{коронки}} \times MD_{\text{коронки}}$;

Индекс коронки = $VL_{\text{коронки}} : MD_{\text{коронки}}$.

Одонтоскопия – это визуальное изучение и описание особенностей строения зуба. Зуб принято рассматривать в разных нормах (положениях перед исследователем). Визуальное исследование зуба начинают с вестибулярной поверхности, затем описывают оральную, окклюзионную и проксимальную нормы. Известны методы изучения расовых особенностей зубов, например признака лопатообразности резцов, основанные на измерении глубины впадины между боковыми валиками на оральной поверхности.

Существует мнение о том, что типы конституции лица и зубов взаимосвязаны друг с другом. Известно, что первую попытку описать разные типы зубов на основании взаиморасположения боковых поверхностей предпринял Вильямс (1913). Ученый выделил три типа зубов. К первому типу он отнес зубы, у которых линии проксимальных поверхностей параллельны или почти параллельны на протяжении половины или более их длины от режущего края. По мнению исследователя, второй тип зубов характеризуется выраженной конвергенцией боковых граней по направлению к десне. Для третьего типа свойственны тонкие двояко изогнутые линии проксимальных поверхностей, а поверхности и углы зубов закруглены и более изящны. Кроме основных форм, были выделены переходящие, которым присущи черты двух типов. Используя известные геометрические термины, В.Г. Устименко (1955) назвал три основные формы зубов: прямоугольную, клиновидную, овальную. По данным В.Г. Устименко, классические формы встречаются только в 11% случаев, а остальные относятся к смешанным формам, в которых можно заметить основные признаки какого-либо типа. Ли (1970) описал четыре типа зубов в зависимости от соотношения ширины пришеечной и режущей третей к наиболее выпуклой средней части. На основании изучения соотношения высотных и широтных размеров зубов, а также с учетом конвергенции проксимальных поверхностей коронок В.А. Переверзев (1979) установил три основные формы верхних центральных резцов. Таким образом, большинство авторов по-разному описывали одни и те же типы зубов.

Соотношение высоты, ширины и толщины зубов в клинике ортопедической стоматологии определяют на основании измерения диагностических моделей. По мнению некоторых авторов, такой подход в терапевтической стоматологии неудобен, поскольку требует дополнительных затрат времени и денег, а большинство инструментов вследствие особенностей конструкции не подходит для проведения измерений зубов в полости рта. Новая измерительная система DentagaugeDuo, прототипом которой является технический штангенциркуль, позволяет производить измерения в разных точках и плоскостях зубов в полости рта благодаря, наличию симметричных стреловидных кончиков. Одним из новых направлений в ортопедической стоматологии является использование вычислительных CAD/CAM технологий (ComputerAidedDesign / ComputerAidedManufacture) при проектировании и изготовлении протезов. Принцип их работы заключается в получении электронных фотографий рельефа полости рта и компьютерном моделировании протеза на основе полученной информации. Описание анатомического строения клинической коронки зуба возможно с помощью системы параллельных сечений. Получаемые графические изображения и аналитические описания способствуют эффективному выявлению патологии. Метод объективного изучения соотношения разных отделов лица с помощью боковой телерентгенограммы предполагает проецирование контуров лица на индивидуальную диагностическую сетку-планшет.

Накопленные в течение веков многочисленные знания в области эстетики лица и методов ее познания (антропометрические и ортодонтические) до сих пор совершенствуются и применяются в практике эстетической медицины, и в частности стоматологии. Более того, появляются новые каноны, связанные с эстетикой протезирования и консервативной восстановительной стоматологией.

ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ: 1920-2011 гг.

Дежурко А.В., Зимелихин О.А., Пущенко О.С.

УО «Гомельская областная детская клиническая больница»

Объективное и детальное изучение истории развития медицинской помощи детскому населению на территории Гомельщины в начале XX века практически не предпринималось, освещение данной темы представлено в историографии весьма не-

большим количеством исследований. И всего лишь несколько работ содержат краткую информацию о Гомельской детской больнице. Например, в статье «История еврейской общины Гомеля» Э.Г. Иоффе указывает, что «в 1921 г. на базе инфекционной больницы была открыта Гомельская губернская детская больница. Старшим врачом и фактическим руководителем этой больницы был Н.Г. Рубинштейн». Изучение архивных фондов Государственного архива Гомельской области позволяет по-другому взглянуть на историю открытия детской больницы в Гомеле.

С конца XVIII века в результате разделов Речи Посполитой Гомельское староство было включено в общероссийскую хозяйственную систему в составе Могилевской губернии. До начала XX века на территории России медицинская помощь детям в стационарных условиях практически не оказывалась, создание системы охраны материнства и детства в послереволюционные годы (1917-1925 гг.) проходило в сложных условиях. В постановлении Наркомздрава и Наркомтруда РСФСР (1920 г.) отмечено, что «По величине детской смертности Россия занимает, к несчастью, первое место в ряду других стран: у нас из 100 детей ежегодно умирает 26 на первом году своей жизни».

В период 1917-1919 гг. Гомельский регион находился в зоне военных действий, о развитии полноценной системы здравоохранения не могло быть и речи. Тем не менее, вскоре после образования Гомельской губернии встал вопрос об организации медицинской помощи детскому населению и открытии в городе детской больницы. На заседании коллегии Гомельского уездно-городского отдела народного здравоохранения (далее – Угорздрав) от 25.06.1919 года организован школьно-санитарный подотдел, руководителем назначена «...женщина-врач Е.А.Ратнер», которой и было поручено организовать работу по открытию детской больницы. Попытки открыть детскую больницу в 1919 г. при 3-й Советской больнице, а также в помещении Советской школы (бывшей гимназии Оболонской) по улице Ланге не увенчались успехом, несмотря на решения Угорздрава.

В конце марта 1920 года принято решение об открытии детской заразной больницы мощностью до 150 коек в двухэтажном каменном здании бывшего детского приюта по улице Госпитальной, 6 и начата работа по подбору персонала для работы в больнице, ремонту помещений, организации телефонной связи, материальному оснащению. В служебной записке в Угорздрав от 02.04.1920 г. доктор Ратнер докладывает о том, что «больница может быть развернута уже в ближайшие дни». В тот же день постановлением Угорздрава «...Е.А.Ратнер назначается на должность главного врача при детской заразной больнице согласно резолюции Заведующего Отделом Гайдара». В тарифной ведомости от 21.04.1920 года обозначены фамилии 26 сотрудников, из них 1 врач (главный врач или ставрач Ратнер Е.А.), 4 сестры милосердия, 3 санитаря, 6 сиделок, прочий обслуживающий персонал (завхоз и его помощник, прачки, швеи, кухарки, дворник). Несмотря на эпидемии и высокий уровень заболеваемости в городе, занятость койки на первом году работы была невысокой – на 28.07.1920 года на 120 штатных койках находилось 22 ребенка. В период с 18 по 28 июля 1920 г. поступило 26 детей, из них 12 – скарлатина, 8 – дифтерия, 3 – ветряная оспа, 3 – ангина.

В связи с этим, на совещании Старших врачей больниц при Гомельском Угорздраве от 15.11.1920 г. принято решение «...помещать скарлатинозных взрослых больных в детскую больницу, приспособив соответствующим образом нижний этаж, получив кровати и топчаны из 1-й Советской больницы».

После улучшения эпидемической обстановки на совместном заседании Губернского и Уездного отделов здравоохранения от 25.02.1921 года провели перераспределение больниц города и постановили «...5-ую Советскую больницу отвести для постоянной детской больницы». В отчете о деятельности лечебного подотдела Угорздрава с 01 по 13.03.1921 г. указано, что «Детская (5-ая) больница заканчивает ремонт и приспособляется для приема терапевтических детей...», в отчете за период с 20.04. по 01.05.1921 г. – «...реорганизована детская больница: из остро-заразной была превращена в детскую терапевтическую с выделением заразного блока».

В марте 1921 г. ставрач Е.Ратнер направляется в Москву на 3-месячные курсы по туберкулезу. Приказом Заведующего Угорздрава от 22.03.1921 года «...врач 2-й Советской амбулатории Левин С.Н. переводится в детскую заразную больницу ординатором с возложением на него временно исполняющего обязанности ставрача». Этим же

приказом на должность ординатора-интерна назначается Клебанов Н.М., прибывший в Гомель после работы врачом-интерном в госпитальной терапевтической клинике Киевского университета. По инициативе ставрача Самария Левина назначена комиссия для приема и проверки всего имущества больницы (служебная записка в Угорздрав от 09.04.1921 г.). В акте ревизии детской больницы от 01.07.1921 г. указана точная дата ее открытия: «Больница открыта 15 апреля 1920 года как заразная детская, но недавно реорганизована в детскую терапевтическую... Штат в больнице состоит из 31 человека, из них ставрач Левин, консультант – д-р Александров, ординатор-интерн, постоянно живущий в больнице, д-р Клебанов... Больных в больнице 12 человек...».

Как следует из архивных документов, Екатерина Ратнер к своим обязанностям больше не приступила. Согласно приказу Завгубздравом М.Кагановича от 25.07.1921 г. «...врач Н.Рубинштейн назначается ставрачом 5-й детской больницы», а С.Н.Левин переводится ординатором 2-й Советской больницы и амбулаторным врачом центральной амбулатории для ведения приема по детским болезням.

В 1922 г. больница провела большую работу по оказанию медицинской помощи голодающим детям с Поволжья – из 700 больных пролечено 300 детей из эвакуированных поездов. К концу 1922 г. в детской больнице развернуто 90 коек, в штате состояли 24 сотрудника, из них 9 проживали в общежитии при больнице. Из первого состава детской заразной больницы, сформированного в апреле 1920 г., продолжали работу только 4 сотрудника: сестры милосердия Слободкина Роза и Рыкунова Бронислава, кастелянша Ремболович Ева, кухарка Копиловская Эстер.

В начале 1923 г. на заседании коллегии Губздрава рассмотрен план реорганизации «Гомельской детской имени Ленина больницы», представленный ставрачом Н. Рубинштейном. Согласно его докладной записке от 12.01.1923 года, из 80 сметных коек следует выделить 45 соматических, 30 – для легочных больных, туберкулеза брюшины, костей и суставов, 5 – изоляционных для несерьезных инфекций. Постановлением Губздрава от 23.06.1923 г. при детской больнице открыто туберкулезное отделение и детский амбулаторный прием.

С конца 1926 г. становление здравоохранения Гомельского региона проходило в составе Белорусской ССР на основании постановления Президиума ВЦИК СССР от 06.12.1926 г. №73 «О присоединении к Белорусской ССР Речицкого и Гомельского уездов».

В мае 1929 г. пленум секции Здравоохранения Горсовета констатирует, что отмечается постоянная перегрузка детской больницы. На заседании Президиума Горсовета от 05.05.1929 г. постановили расширить больницу за счет присоединения частного домовладения. В предвоенные годы детская больница располагалась по улице Ветреной (ныне – Гагарина) в одноэтажном деревянном здании с печным отоплением на 8 палат, в дополнительном здании (флигель) располагались 4 палаты и 7 боксов для кишечных больных. Коечность выросла до 125 коек. Функционировали клиническая лаборатория с 2 лаборантами, рентгенкабинет, физиокабинет, прачечная для ручной стирки. Главный врач – Абрамович А.Л.

Во время Великой Отечественной войны детская больница в июле 1941 г. эвакуирована в г. Старобельск Ворошиловградской (ныне – Луганской) области, где размещалась в здании водолечебницы. В больнице работали 3 врача (главный врач Каган М.И.) и 20 человек обслуживающего персонала. По мере продвижения линии фронта больница переводилась дальше на восток (архивные документы за этот период не сохранились).

После освобождения Гомеля от немецко-фашистских захватчиков система здравоохранения восстанавливалась в условиях значительного разрушения города. В акте №17 от 04.02.1944 г. «Об ущербе, причиненном немецко-фашистскими захватчиками и их сообщниками детской больнице, находящейся в г. Гомеле по ул. Ветреной, дом №8» указано, что «...в результате воздушных бомбардировок вражеской авиации на территории города произведено разрушение больничного здания и вспомогательных строений, уничтожено полностью больничное оборудование и имущество». В списке разрушенных и сгоревших медицинских учреждений г. Гомеля от 20 мая 1944 г. отмечено, что детская больница мощностью 125 коек разрушена на 28,3%.

В августе 1944 г. принято решение о восстановлении городской детской боль-

ницы на улице Ветреной, распоряжением Горздрава от 07.08.1944 г. главным врачом назначен Темкин И.Я. Свою работу больница возобновила 23.08.1944 г., когда из инфекционной больницы переведено 7 скарлатинозных больных, питание для них было организовано при 1-й Советской больнице, там же проводились лабораторные исследования. Основу обслуживающего персонала вновь открываемой детской больницы составили сотрудники городской инфекционной больницы (начала работу 01.12.1943 г., расформирована в августе 1944 г.). Всего из инфекционной больницы были переведены 1 врач (Левантовская С.Б.), 11 медицинских сестер, 9 санитарок и 15 прочего персонала.

Из отчета о работе детской больницы за 1944 год следует, что к концу года были развернуты три отделения: для скарлатинозных (45 коек), брюшнотифозных (60 коек) и соматических (20 коек) больных. В инфекционные отделения госпитализировались как дети, так и взрослые. Структура пролеченных больных: скарлатина – 203, дизентерия – 77, брюшной тиф – 75, соматическая патология – 176. Всего умерли 44 больных, из них дети – 37, общая летальность по больнице составила 4,7%, среди соматических больных – 8% (преимущественно дети, болевшие пневмонией при тяжелой запущенной дистрофии).

На 01.01.1945 г. развернуто 125 коек, состояло 100 больных. День Победы в детской больнице встретили 49 больных. Согласно приказу главного врача больницы от 09.05.1945 г. №146 «...Всем этим больным и 10 чел. дежурного обслуживающего персонала в день великих побед, в день полного разгрома германского фашизма, разрешаю выписать усиленное питание».

По итогам 1945 г. в больнице пролечено 1809 больных, из них 1344 – дети до 12 лет, 419 – жители сельской местности, всего умерло 126 больных. В больнице на 98 штатных должностях работали 54 сотрудника, из них 6 врачей (укомплектованность – 55,1%).

В послевоенные годы детская городская больница функционировала как Гомельское детское медицинское объединение с двумя детскими поликлиниками, отделением школ и дошкольных учреждений. Из отчета Детской городской больницы за 1950 год следует, что по штатному расписанию в стационаре, поликлиническом отделении и детской консультации 164,5 должности, из них 28 – врачебных, 64 – среднего медицинского персонала. Укомплектованность 96,3%, из них по врачебным должностям – 98,2%. За больницей закреплено 18 школ и 6 детских садов. На 100 сметных койках было развернуто 130, в т.ч. 85 соматических, 40 туберкулезных, 5 глазных. В больнице имелись зубо врачебный и рентгеновский кабинеты, клиничко-диагностическая лаборатория, патологоанатомическое отделение, молочная кухня и аптека.

В начале 1960 г. детская больница переведена в новое благоустроенное 3-этажное здание мощностью 150 коек по ул. Жарковского, где развернули 4 отделения: приемное, грудное, дошкольного и младшего школьного возраста, старшего возраста. В дальнейшем открыты специализированные ревматологическое и отоларингологическое отделения, молочная кухня, обслуживавшая стационарных больных и детское население города, организована работа клиничко-биохимической и бактериологической лаборатории, оборудован пищеблок. В 70-х годах продолжена специализация коек, организован кабинет функциональной диагностики, ингаляторий. В 1972 г. открыта палата интенсивной терапии.

На базе больницы проводились выездные циклы повышения квалификации с участием сотрудников кафедры педиатрии БелГИУВ (1964 г.), ЦОЛИУВ (1971 г.), Ленинградского института усовершенствования врачей-экспертов (1973 г.).

В 1970 г. больница награждается юбилейной Почетной грамотой в ознаменование 100-летия со дня рождения В.И.Ленина. В июне 1973 г. Министр здравоохранения БССР Савченко Н.Г. вручил больнице переходящее Красное Знамя Министерства здравоохранения СССР и ЦК профсоюза медработников.

В соответствии с решением Гомельского областного Совета депутатов от 24.12.1974 г. №715 городская детская больница г. Гомеля реорганизована в Гомельскую областную детскую больницу. В 1974 г. областная детская больница представляла детское здравоохранение республики на ВДНХ СССР.

После введения в строй нового 5-этажного лечебного корпуса на основании

приказа по облздравотделу от 31.12.1976 г. №303 коечность больницы увеличена до 500 коек, количество персонала детского объединения выросло до 660 человек, из них 155 врачей. В 1979 г. открыто отделение детской реанимации, с 1989 г. организована транспортировка тяжелых детей из районов области выездной реанимационной бригадой.

На основании распоряжения Гомельского облисполкома от 15.03.1988 г. №96 и приказа управления здравоохранения от 14.03.1988 г. №87 «О передаче поликлинических подразделений областной детской больницы в ведение городского отдела здравоохранения» поликлиническое отделение Гомельской областной детской больницы расформировано, прикрепленные детские поликлиники с 01.04.1988 г. переданы в распоряжение Горздравотдела.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения БССР от 22.03.1991 г. №48 Гомельской областной детской больнице присвоен статус клинического учреждения.

В настоящее время учреждение «Гомельская областная детская клиническая больница» – это многопрофильная клиника мощностью 362 койки с 10 отделениями и вспомогательными службами. Ежегодно за медицинской помощью в больницу обращается до 17000 пациентов, из них более 15000 получают высококвалифицированное стационарное лечение. На 01.01.2012 г. в коллективе работает 560 сотрудников, из них 64 врача и 240 средних медработников.

Таким образом, представленные материалы восстанавливают историческую преемственность в деле охраны здоровья детского населения Гомельщины – от детской заразной больницы до областной детской клинической больницы. Несомненно, на протяжении более чем 90-летней истории вклад в ее развитие внесли многие поколения талантливых администраторов, практических врачей и других сотрудников, перечислить которых не представляется возможным. Однако важно сохранить имена первых врачей-педиатров, стоявших у истоков педиатрической службы.

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ

Дейкало В.К., Санюк А.В.

УЗ «Брестский областной противотуберкулезный диспансер»

Общеизвестно, что две области Республики Беларусь, Брестская и Гродненская, начали свое летоисчисление со дня воссоединения с Белорусской ССР в сентябре 1939 г.

При буржуазной Польше, несмотря на большую распространенность туберкулеза среди населения, целенаправленной борьбы с этим заболеванием не велось, специальных противотуберкулезных учреждений не существовало.

Первое туберкулезное отделение на 11 коек было открыто в г. Бресте незадолго после освобождения области от немецкой оккупации в 1944 г. Заведовала этим отделением врач Гельфанд Раиса Самуиловна. С февраля 1946 г. начал функционировать противотуберкулезный диспансер со стационаром на 35 коек. Главврачом облтубдиспансера являлся Осиповский Иван Данилович.

В первые послевоенные годы на территории нынешней Брестской области функционировало три области: Брестская, Барановичская и Пинская с многочисленными районами. Создавались противотуберкулезные диспансеры, тубкабинеты в районах, стационарные и санаторные койки для лечения больных туберкулезом. Это был первый организационный период создания противотуберкулезной службы (1945-1950 гг.).

Фтизиатры проводили большую работу по широкому привлечению к борьбе с туберкулезом общей лечебно-профилактической сети по проведению ряда профилактических мероприятий, диагностике и лечению больных туберкулезом. Лечение, в ос-

новном, осуществлялось искусственным пневотораксом (ИП) и пневмоперитонеумом (ПП).

В 1950 г. функционировало уже 11 противотуберкулезных учреждений по несколько коек при них, а при первой Брестской городской больнице туберкулезное отделение на 50 коек. Во втором периоде (1951-1955 гг.) продолжается укрепление противотуберкулезных учреждений, развивается стационарная сеть. В начале 1954 г. после укрупнения трех областей в одну Брестскую область на ее территории имелось 7 противотуберкулезных диспансеров и 16 противотуберкулезных кабинетов, оснащенных рентгенодиагностическим, лабораторным, физиотерапевтическим и другим оборудованием, инструментарием.

В этот период фтизиатры получили первые высокоактивные противотуберкулезные препараты: стрептомицин, ПАСК, тибон, позже фтивазид, которые способствовали излечению даже таких тяжелых форм туберкулеза, как острый милиарный туберкулез, туберкулезный менингит, казеозная пневмония и др.

Детям и, в первую очередь, новорожденным и подросткам, начато проведение профилактических противотуберкулезных прививок. В облтубдиспансере и туботделении Молотковичи начали применяться хирургические методы лечения больных туберкулезом.

Начато широкое проведение профилактических осмотров населения на туберкулез, определены контингенты населения, подлежащие в первую очередь обследованию на туберкулез.

На следующем третьем этапе (1956-1960 гг.) противотуберкулезная служба области продолжает свое развитие. Расширяется и укрепляется сеть противотуберкулезных учреждений, пополняются фтизиатрические кадры. Стало функционировать 8 противотуберкулезных диспансеров и 17 тубкабинетов, к концу этого периода вдвое увеличилось количество туберкулезных коек, последние имелись почти во всех районах, создавались санаторные койки.

Следующим, одним из важнейших этапов (1961-1965 гг.) борьбы с туберкулезом является период, когда были приняты Постановления правительств СССР и БССР, изданы приказы Министра здравоохранения СССР и БССР по туберкулезу. В этот период была выдвинута одна из важнейших государственных задач – добиться в наиболее короткие сроки снижения заболеваемости и смертности населения от туберкулеза.

Ставилась задача развернуть количество коек, необходимых для госпитализации всех больных, нуждающихся в стационарном лечении. Коечная сеть размещалась за счет освобождения старых помещений и строительства новых типовых зданий. Начато строительство Барановичского тубдиспансера со стационаром на 160 коек и Молчадской школы-интерната в Барановичском районе для детей с затихающими формами туберкулеза на 240 мест. Всего в области в 1966 г. стало функционировать 1760 стационарных и 385 санаторных коек для лечения больных всеми локализациями туберкулеза.

Повсеместно внедрен новый эффективный метод внутрикожной вакцинации и ревакцинации БЦЖ, охват вакцинацией новорожденных в родильных домах составил 98,8%, внедряется ревакцинация в декретированных возрастах (7-12-17 лет). Эти меры способствовали снижению заболеваемости туберкулезом подростков в 1961 г. по сравнению с 1958 г. в два раза, детей – на 24,5%.

Противотуберкулезные учреждения оснащались новой диагностической аппаратурой, медикаментами, что способствовало увеличению процента больных, излеченных от туберкулеза.

Следующие этапы в развитии противотуберкулезной службы в Брестской области (1966-1970 гг., 1971-1975 гг.) характеризуются дальнейшим повышением качества противотуберкулезной помощи населению. В этот период противотуберкулезные учреждения имели необходимую материальную базу для борьбы с туберкулезной инфекцией.

Уделялось особое внимание эффективности использования коечного фонда и увеличению продолжительности стационарного лечения больных с деструктивными формами туберкулеза, созданию стационара для лечения больных с хроническими формами туберкулеза.

С вводом новой типовой Верховичской туббольницы на 400 коек были сокращены мелкие туберкулезные стационары. Одновременно принимались меры по реконструкции, благоустройству и расширению существующих старых тубучреждений. С учетом снижения заболеваемости, закрытием маломощных сельских тубкоек сокращено последних с 1760 до 1320. В этот период область располагала одним крупным стационаром на 400 коек, одним – на 200, тремя по 100 –160 коек и 6-ю – менее 100 коек.

В крупных стационарах открывались ЛОР-, физиотерапевтические кабинеты, ингалятории, кабинеты функциональной диагностики. В эти годы фтизиатры получили новые высокоэффективные препараты ГИНК, этионамид, циклосерин, этамбутол, пиразинамид, рифампицин, что способствовало успешному излечению больных от туберкулеза.

Началось улучшение основных показателей по туберкулезу. Смертность на 100 тысяч населения снизилась с 24,2 в 1966 г. до 14,4 в 1975 г. До 40% среди умерших составили лица старше 60 лет.

Обращалось внимание на профилактику и раннее выявление внелегочного туберкулеза, введены в штаты специалисты по внелегочному туберкулезу в крупных тубучреждениях, открыта крупная республиканская больница в г. Ружаны для лечения пациентов со всеми формами внелегочного туберкулеза с трудовыми мастерскими, на базе которой проведен республиканский семинар по трудотерапии.

Задачами фтизиатрической службы на ближайший период являлись: переход на интенсивные методы борьбы с туберкулезом по всей области по резкому снижению заболеваемости и смертности населения от туберкулеза. Программой интенсивной работы было предусмотрено сплошное РФО подлежащего населения с 12-летнего возраста подряд в течение 4-х лет, создание иммунной прослойки населения в возрасте до 40 лет путем ревакцинации БЦЖ, выявление всех больных туберкулезом с последующей госпитализацией до полного излечения, интенсификация проведения противозидемических мероприятий против туберкулеза, произведена реструктуризация коечного фонда. Эта работа была закончена к 1990 г. В результате наилучшие показатели по туберкулезу были достигнуты к 1990 г. Так, заболеваемость туберкулезом на 100 тысяч населения снизилась с 92,8 в 1970 г. до 29,1 в 1990 г., болезненность за этот период с 494,0 до 130,6, смертность с 21,1 до 3,6, улучшились остальные показатели.

В связи со снижением заболеваемости туберкулезом, уменьшением контингентов больных, уменьшением объема работы фтизиатров назрела необходимость в интеграции фтизиатрии с пульмонологией, на освободившихся туберкулезных койках в Пружанском, Березовском, Кобринском и Ивацевичском районах были развернуты пульмонологические отделения, при облтубдиспансере организован пульмонологический кабинет.

На последующем этапе развития противотуберкулезной службы (1991-1996 гг.) ситуация по туберкулезу в области, как и РБ в целом и других странах СНГ, заметно изменилась в худшую сторону. Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения начала возрастать и достигла в 1999 г. 50,2, болезненность 178,4, смертность 7,9.

В создавшейся обстановке фтизиатры изыскивали новые методы работы, рационально использовали имеющиеся резервы для более полноценного проведения противотуберкулезных мероприятий в соответствии с требованиями нового времени.

Руководством облтубдиспансера принимаются меры по реформированию фтизиатрической службы. В последнее десятилетие в полном объеме обеспечена централизованная поставка противотуберкулезных препаратов, приобретено необходимое оборудование, закуплено 6 передвижных и 11 стационарных флюорографов типа «Пульмоскан». Фтизиатрическая служба сохранила кадры в ОТД, городах и районах области. Кроме того, за этот период были подготовлены и направлены на работу фтизиатрами молодые специалисты в 10 районов области. Произведена реструктуризация коечного фонда. В настоящее время развернуто 650 коек для лечения больных туберкулезом всех форм и локализаций. Обеспеченность тубкойками достаточная и составляет 4,6 на 10000 населения, выделены специальные отделения в Верховичской туббольнице на 120 коек для принудительного лечения больных уклоняющихся от лечения и злоупотребляющих алкоголем, в ОТД на базе П 80 коек для лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) к АБП. Внедрена новая схема

полихимиотерапии больных туберкулезом, оснащены бактериологические лаборатории современным оборудованием за счет глобального фонда.

С 2002 г. область приняла к руководству программу DOTS, рекомендуемую Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для широкого внедрения в большинстве стран мира. В октябре 2008 г. проведена работа по включению в проект 4-х крупных городов: Брест, Барановичи, Пинск, Кобрин в реализации Проекта Государственной программы «Туберкулез в Республике Беларусь». В рамках этого проекта баклаборатории оснащены необходимым оборудованием, реактивами, субсидированы средства для закупки противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда для лечения больных туберкулезом.

Все эти меры способствовали перелому ситуации в лучшую сторону. Обстановка с 2000 г. стабилизировалась, стала отмечаться положительная динамика эпидемиологии по туберкулезу. В 2011 г. заболеваемость туберкулезом на 100 тысяч населения снизилась до 37,1, смертность до 7,3.

В развитии противотуберкулезной службы самый большой вклад внесли бывшая главврач ОТД Промзелева Таисия Семеновна, последующие главврачи Левчук Леонтий Иванович, Негериш Александр Иванович и ныне действующий с февраля 2002 г. Дейкало Виктор Константинович.

В настоящее время Брестский областной противотуберкулезный диспансер является хорошо оснащенным специализированным учреждением по фтизиатрии, где трудятся высококвалифицированные специалисты разных профессий. Существующая материальная база, кадры позволяют обеспечить максимальный уровень своевременного выявления туберкулеза у взрослых и детей, проведения профилактических и противозаразных мероприятий.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ В СТОМАТОЛОГИИ

Денисов Л.А., Данилова Д.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Важным условием для выполнения современного стоматологического лечения с использованием адгезивных технологий является тщательное изолирование рабочего поля от влажной и микробной среды полости рта. Проведение лечебно-профилактических манипуляций в полости рта также требует соблюдения мер безопасности. Сильнодействующие антисептики и отбеливающие препараты с высокой концентрацией перекиси карбамида, попадая на слизистую оболочку, вызывают патологические изменения, вплоть до некроза. Большую опасность для пациента представляет аспирация мелкого стоматологического инструментария, поскольку может приводить к инвалидизации. Единственным средством, способным обеспечить наиболее полное изолирование рабочего поля в стоматологии, является система резиновой защиты полости рта – раббердам. Раббердам (англ. rubberdam, голл. / нем. kofferdam) – представляет собой резиновый лоскут, который охватывает зуб в придесневой области для изоляции от окружающей среды полости рта.

Впервые об использовании резиновой завесы для изоляции операционного поля в стоматологии заявил дантист из Монтичелло (штат Нью-Йорк) SanfordChristieBarnum (1836-1885) в 1862 г. В июне 1864 года на заседании общества дантистов в Нью-Йорке им была устроена демонстрация раббердама перед коллегами. С 1867 года техника раббердама получила широкое распространение. Спустя некоторое время доктор LaRoche (Франция) также сообщил об использовании системы резиновой защиты полости рта еще с 1857 года. Первые упоминания о применении средств резиновой защиты в стоматологии на территории России были обнаружены в руководстве А.В. Изачика «Дентиатрия» (1915 г.), в котором автор указывает, что наилучшим средством для изолирования зуба от слюны является коффердам.

Основным компонентом системы «раббердам» является резиновый лоскут (DentalDam), который чаще всего изготавливался из латекса, являющегося продуктом каучуконосного сока бразильской гевеи. Резиновая завеса представляет собой лоскут размером 152×152 мм для лечения взрослых, и 127×127 мм – для детей. DentalDam обладает необходимой для его применения высокой эластичностью, которая сохраняется при комнатной температуре в течение 9 месяцев. Затем раббердам становится ломким, быстро рвется и недостаточно плотно прилегает к шейке зуба. При длительном хранении в холодильнике раббердам может сохранять свои свойства около 1 года. Для того чтобы избежать нежелательных осложнений, необходимо предварительно проверить качество раббердама. Если латекс можно растянуть между руками до абсолютной прозрачности, и он не порвется, то его свойства оптимальны для использования. Резиновый лоскут выпускается различной толщины (5 размеров) и различных цветов, от нейтрально-бежевых до темно-коричневых. Кроме того, фирма Dentsplay выпускает DentalDam серого и бледно-розового (под цвет слизистой оболочки полости рта) оттенков, соответствующих современным требованиям к определению цвета в эстетической стоматологии. Аллергические реакции на латекс стали причиной появления безлатексных видов раббердама (FlexiDamnonlatex, DentalDamSiliconenonlatex; Roeko США).

Процесс усовершенствования системы «Раббердам» в большей мере коснулся самого резинового лоскута. Так, одной из первых разновидностей коффердамов являются чашечки Денгэма (Denham), которые являются прототипом современного квикдама (резиновый лоскут овальной формы, фиксированный на гибкой рамке). С помощью пробойника в центре чашечки делали отверстие и посредством кламмера устанавливали на зуб.

В 1882 году доктор D.Palmer предложил приспособления для фиксации резинового лоскута на зубах – кламмеры, которые в функциональном отношении сохранились до настоящего времени. Большинство фирм-производителей выпускают большой ассортимент металлических зажимов, которые могут предлагаться в виде базовых наборов для начинающих, больших наборов с широким ассортиментом кламмеров. Основными недостатками традиционных зажимов является их способность травмировать десну острыми краями во время сильного сжатия. Альтернативой для металлических кламмеров являются полимерный зажим SoftClamp (Kerr) для моляров. Конструкция SoftClamp, обеспечивающая равномерную силу сжатия, а также абразивное покрытие на кламмерах, уменьшают риск ротации и травмирования.

В 1886 году S.S.White предложил перфоратор для раббердама, необходимый для пробивания в резиновом лоскуте ровного отверстия определенного диаметра. Сегодня перфоратор может быть барабанного или безбарабанного типа. Перфоратор барабанного типа на одной бранше имеет конический стержень (шип), а на другой бранше поворотный диск с 5-6 отверстиями разных размеров (от 0,8 до 2 мм).

Одно из первых приспособлений для фиксации резинового лоскута в натянутом состоянии - «коффердамгальтер» - было описано в руководстве Е.М.Гофунга, И.Г. Лукомского «Клиника болезней зубов и полости рта» (1936г.). Коффердамгальтер представлял собой резиновую ленту с застежками для фиксации свободного края раббердама. Ремни-растяжки охватывали голову пациента, а специальные отвесы-клипсы (гирьки) под действием своей силы тяжести оттягивали край раббердама книзу, чтобы он не заворачивался вверх. На смену этому сложному приспособлению для удержания резиновой завесы в натянутом состоянии пришли трехсторонние металлические рамки, изогнутые в соответствии с контурами лица. Благодаря рационально расположенным, хорошо захватывающим шипам, рамки обеспечивают фиксацию резинового лоскута. Преимуществом металлических рамок является возможность длительного использования и многократного автоклавирования. В отличие от них, пластиковые рамки (трехсторонние, замкнутого типа) не обладают данными преимуществами, быстро теряют внешний вид, а также способны удерживать резиновый лоскут вследствие изнашивания шипов для фиксации резинового лоскута. Тем не менее, разновидность пластиковых рамок – двустворчатая клапанная рамка «акулий рот» – является незаменимой при проведении эндодонтических манипуляций, поскольку дает возможность выполнять рентгеновские снимки на этапах лечения зубов.

На смену классической системе компонентов раббердама пришли современные (анатомические и армированные) виды резиновой защиты полости рта, со встроенной рамкой (OptraDam, Ivoclar Vivadent; OptiDam, Kerr; HandiDam, Aseptico, Inc.; InstiDam, Zirc; FramedNon-LatexFlexiDam, Hygenic). Сокращение количества компонентов у армированных раббердамов (со встроенной рамкой) позволяет сократить время, затрачиваемое на их размещение в полости рта. При этом врач-стоматолог может обходиться без помощи ассистента. Пациенты чувствуют себя более комфортно, поскольку современные конструкции раббердамов созданы с учётом анатомических особенностей челюстно-лицевой области (не закрывают нос). Кроме того, выпускаются безлатексные виды армированных раббердамов (FramedNon-LatexFlexiDam, Hygenic; голубой лоскут HandiDam, Aseptico и InstiDam, Zirc). Пластиковые рамки, предусмотренные у современных раббердамов, позволяют выполнять рентгеновские снимки во время лечения.

Большинство армированных раббердамов устанавливается на опорные зубы только в комплексе с кламперами крыльчатого типа, что требует от врача-стоматолога определенных мануальных навыков.

Разнообразие компонентов классической системы и современных армированных RubberDams позволяют широко использовать их в клинической практике. Более того, в стоматологических клиниках многих странах мира запрещено эндодонтическое лечение без наложения «Раббер Дам». Однако, несмотря на более чем вековой опыт использования систем защиты операционного поля, белорусские стоматологи начали активно использовать «Раббер Дам» недавно. Одной из причин не востребоваемости «РабберДам» у врачей является недостаток опыта, а также отсутствие мотивации и страх перед неизвестным приспособлением у пациентов. Наш опыт работы показывает, что трудности, неизбежные при освоении «РабберДам», преодолеваются при накоплении опыта, а временные и материальные затраты возмещаются значительным улучшением условий и, соответственно, конечных результатов стоматологического вмешательства.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АПТЕЧНОЙ СЕТИ МСТИСЛАВЛЯ

Доморацкая Т.С., Мазанович А.В.

Могилевское РУП «Фармация»

Мстиславль – город в Могилевской области недалеко от границы с Россией. Основан в 1135 г. Смоленским князем Ростиславом Мстиславовичем и назван в честь своего отца Мстислава Великого, последнего князя Киевской Руси. Первое упоминание в Ипатьевской летописи за 1156 г. К 17 веку Мстиславль стал крупным торговым центром, имевшим связи с городами Русского государства и Великого княжества Литовского, а также Центральной и Западной Европы. В 1634 г. получил Магдебургское право и герб – «Малую погоню».

В этот период происходит значительное развитие города, чему способствовала либертация – освобождение Мстиславля на 6 лет от налогов и солдатских постоев. Новое развитие получили ремесла, торговля, а также и аптекарское дело. С превращением Мстиславского княжества в воеводство началось распространение католической веры и польского влияния на местных жителей.

В 1740 г. при Мстиславском иезуитском монастыре была открыта аптека, размещалась в новом каменном здании, построенном специально для аптеки (здание сохранилось и по сей день). Монастырь был достаточно богат, чтобы иметь в аптеке специальную мебель, оборудование, аптечную посуду. При аптеке имелись специальные книги по «фармацевтии», сборники рецептов, на основе которых готовились лекарства (в состав некоторых из лекарств входили десятки ингредиентов). В аптеке монастыря иезуитов приготовлением и продажей лекарств занимались монахи. Лекарства стоили дорого, их цена была обусловлена количеством компонентов, входящих в состав. Основная часть лекарств была растительного производства (монахи сами заготавливали

и сушили травы). Вероятно, при Мстиславском иезуитском монастыре и коллегииуме, обладавшими большими земельными угодьями, были специальные аптекарские огороды. В период эпидемий, при массовых заболеваниях монахи снижали цены на лекарства. Для бедных лекарства зачастую раздавались бесплатно. В частности, это практиковалось в целях привлечения жителей на сторону католицизма.

После распада Речи Посполитой (1772–1795), особенно после разгрома восстания 1830–1831 гг. российские власти стали закрывать католические монастыри, а их имущество национализировать. Это дает основание предположить, что Булгарин Ф. в своих записках имел в виду вольную аптеку.

В документах кабинета истории фармации РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ» (г. Минск) имеются сведения о функционировании в 1858 г. в Мстиславском уезде двух вольных аптек, одна из них в г. Мстиславле принадлежала провизору Эдуарду Карловичу Гоффману, а вторая – в местечке Хославицы – провизору Видавскому. Обе аптеки относились к категории «нормальная» (по современной терминологии – производственные аптеки). Учитывая, что в уездных городах тех времен владельцы аптек гораздо реже менялись, возможно, что это была первая вольная аптека.

В 1858 г. Мстиславль сильно пострадал от пожара. По переписи 1897 г. в городе насчитывалось 8514 жителей. Кроме аптеки и аптечной лавки, была больница. В Мстиславском уезде проживало около 90000 человек.

В начале 90-х гг. XIX столетия открыта была аптека в местечке Монастырщина провизором Марком Савельевичем Гельфандом. В это период в Мстиславской аптеке был другой владелец – провизор Мечеслав Антонович Адамович Гринцевич, а в Хославичской – вдова провизора Видавского, управлял аптекой провизор Л.Н. Валерштейн.

В 1897–1898 гг. открыта еще одна аптека (сельская) в местечке Шамово аптекарским помощником Абрамом Исааковичем Майзелем, а в 1899 г. – в м. Татарске – аптекарским помощником Берком Ароновичем Адливанкиным. В это период появился новый хозяин аптеки в м. Монастырщина – минский мещанин Рудин Привин и управляющий провизор М. Каган.

В 1899 г. в 5 аптеках уезда служили 3 провизора, 2 аптекарских помощников и 4 аптекарских ученика (в нормальных аптеках). Кроме аптек, были 7 аптечных лавок, 3 из них в Мстиславле.

В 1900 г. аптека в м. Шамово была закрыта (причина неизвестна).

В 1901 г. в Тупичевском монастыре были достроены два флигеля со службами: для «фельдшерицы» (больница), а также амбулатория для бедных больных и аптека. Эти амбулатория с аптекой приносили населению не только Мстиславля и его уезда, но и других уездов несомненную пользу, ежегодно оказывая медицинскую помощь более чем 2500 больным без различия пола, возраста и вероисповедания. В настоящее время сохранились лишь фрагменты монастыря.

В 1901 г. выкупили у прежних владельцев аптеку в Мстиславле – провизор Степан Феофилович Сухоцкий, а в местечке Монастырщина – жена провизора Х.М. Бояринблём, управлял аптекой сам провизор Гирша Айзиков Бояринблём.

Аптека Сухоцкого в Мстиславле находилась по улице Соборной.

В 1905 г. в уезде действовали 4 аптеки: провизора Сухоцкого (г. Мстиславль), провизора Школьников В.Г. (м. Хославицы), провизора Ариасского Г.Л. (м. Монастырщина), в м. Татарске временно была закрыта.

На начало первой мировой войны в Мстиславле проживало 16,3 тысячи человек. По количеству населения город занимал 16-е место среди 36 губернских городов Беларуси. Медицинское обслуживание было поставлено плохо: имелась одна больница на 28 коек, амбулатория, аптека (провизора Сухоцкого), три аптекарских магазина, три врача, четыре аптекаря, шесть акушеров и шесть фельдшеров.

На территории Мстиславского уезда в это время функционировали аптеки: в местечке Татарск – сельская общественная аптека (заведующая Нехамы-Лей Шмуйловна Блюмина); в местечке Хиславицы – аптека провизора Глезера Абрама-Гирши Израелевича, который заведовал ею; в местечке Монастырщина – аптека Симона Мордухова Малкина и Гирши Калмонова Златина, которой заведовал Абрам Мовшевич Меерович.

В 1920 г. по декрету Советской власти аптека Сухоцкого в Мстиславле была национализирована, и первым ее управляющим стал провизор Товбин. После его смерти в 1928 году управляющим аптекой был назначен провизор Кац А.Д., который проработал до 22 июня 1941 г.

За годы Великой Отечественной войны аптечные учреждения Мстиславского района сильно пострадали. Так, согласно акту материального ущерба, Мстиславской аптеке, имевшей 2 киоска и 3 аптечных пункта, а также Шамовской и Шарковской аптекам причинен ущерб в размере 1074000 рублей.

По состоянию на 1949 г. аптека № 15 города Мстиславля – аптека второй группы, с рецептурой 55 тысяч рецептов и оборотом 243 тысячи рублей. Согласно штатному расписанию, в аптеке в это время работали: управляющий аптекой, рецептар-контролер, рецептар, два ассистента, две санитарки, счетовод и фасовщик.

В 1950 г. на территории Мстиславского района насчитывалось 5 аптек, в том числе 4 в сельской местности.

В 1964 г. Мстиславская аптека № 15 была реорганизована в центральную районную аптеку с присоединением четырех сельских аптек. Долгое время аптека находилась в приспособленном помещении по улице Урицкого и лишь в 1980 г. перешла в новое современное здание на улице Ленина, 26, где находится и в настоящее время.

Работники аптек Мстиславского района принимали активное участие в социалистических соревнованиях, проводимых среди коллективов аптечных работников. Согласно постановлению Президиума Могилевского Обкома профсоюзов медицинских работников от 04.10.1961, коллективу Мстиславской центральной районной аптеки – победителю социалистического соревнования среди центральных районных аптек, вручено переходящее Красное знамя Обкома Союза и облуправления.

Постоянно совершенствовалось лекарственное обеспечение населения. Внедрялись прогрессивные формы обслуживания населения. Например, в 1968 г. Мстиславская центральная районная аптека осуществляла доставку лекарственных средств тяжелобольным, престарелым и инвалидам Великой Отечественной войны; организован безрецептурный отпуск медикаментов в поликлинике и женско-детской консультации; при аптеке работал пункт проката.

По состоянию на 1988 г. в Мстиславском районе функционировали 6 аптек: Мстиславская центральная районная аптека № 15 и 5 сельских – № 45 (д. Долговичи), № 16 (д. Курманово), № 95 (д. Копачи), № 11 (д. Мушино).

В настоящее время аптечная сеть Мстиславского района представлена 10 аптеками, пять из которых находится в сельской местности. Это современные отремонтированные помещения с новым, отвечающим всем современным требованиям торговым и технологическим оборудованием.

В соответствии с Государственной программой возрождения и развития села, в течение 2005–2010 гг. отремонтированы все сельские аптеки и по внешнему виду не уступают городским. В 2010 г. проведен капитальный ремонт Мстиславской центральной районной аптеки № 15, с интерьером старинной аптеки, старается поддерживать имидж своего города – «Мстиславль – город-музей под открытым небом».

В разное время ЦРА № 15 заведовали: провизор Шестакова Ирина Владимировна (1944–1946), фармацевт Никитенко Валентина Ефимовна (1946–1968), провизор Савельев Евгений Яковлевич (1968 – 1969), фармацевт Дондик Ирина Захаровна (1969–1971), провизор Каротченкова Тамара Дмитриевна (1971–1974), провизор Милькото Валерий Федорович (1974–1976), провизор Дорощенко Любовь Васильевна (1976–2006), с 2006 года по настоящее время – провизор Доморацкая Татьяна Станиславовна.

Много знаний, труда и энергии вложили в аптечное дело Мстиславщины ветераны труда: Подольская С.И., Тарасова З.И., Юрковец Н.Н., Томчик Т.Е., Степанцова Т.А., Пожарская Т.В., Пархоменко Т.И., Сарвино В.В., Михасева М.П.

В аптечной сети трудится очень дружный коллектив, который всегда вместе, и в радости, и в горе. Текучести кадров практически нет. Как правило, люди приходят работать и остаются. Небольшой коллектив сплавивают не только будни, но и проводимые вместе праздники. Богатая история развития аптечного дела накладывает особую ответственность за результат труда, поэтому трудятся здесь особо работоспособные,

опытные, проверенные временем кадры, с полнотой передающие свой бесценный опыт молодым специалистам.

РОЛЬ А.П.ДОБРОСЛАВИНА В СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Дорошевич В.И., Ширко Д.И., Бацукова Н.Л.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Научная и практическая деятельность А.П. Доброславина складывалась и развивалась на историческом фоне существования и развития так называемой народной, а затем общественной гигиены, вопросами которой занимались многие видные ученые, медицинские и общественные деятели – Д.С. Самойлович, С.Г. Зыбелин, М.Я. Мудров, А.А. Чаруковский, П. Франк и другие. Именно А.П. Доброславин первым начал трудную и упорную работу за создание, утверждение и существование гигиены как самостоятельной науки, которую в то время многие рассматривали лишь как санитарную практику, и к которой органы государственной власти проявляли полное равнодушие. Не случайно он в 1887 году с горечью отмечал, что «... гигиена еще не приобрела прочного авторитета в сфере социальных явлений. Охранение здоровья людей пока не причисляется у нас к числу вопросов практически важных».

Получив медицинское образование в Медико-хирургической академии, он основательно пополнил его у знаменитых химиков Н.Н. Зимины, А.П. Бородина и А.В. Вюртца, физиологов Н.М. Якубовича и Роллета, гигиенистов М. Петтенкофера и К. Фойта. В дальнейшем весь свой огромный запас знаний А.П. Доброславин использовал на создание новой гигиены, основанной на точном научном эксперименте. Заново написанная программа общей, военно-сухопутной и военно-морской гигиены для студентов и прикомандированных врачей (1882) и более подробная программа по «общественной гигиене» и медицинской полиции (1889), представленные в работе З.Г. Суровцева, буквально насыщены методиками исследования воздуха, воды, почвы, климата, вентиляции, отопления, одежды, пищи и продуктов питания. В своей практической части они содержат необходимость освоения 32 мануальных лабораторных исследований и 4 занятий по составлению статистических отчетов, обработке статистических данных, составлению докладов на заданную тему, то есть, в программе отчетливо просматривается очевидный санитарно-технический уклон.

Большую роль в подготовке становления гигиены сыграл Я.А. Чистович, много лет её преподававший наряду с судебной медициной. Уже при нем гигиена оформилась как наука о здоровье, а медицинская полиция – как санитарный надзор и организация здравоохранения.

Следует подчеркнуть, что лишь при А.П. Доброславине началась научно-исследовательская работа по гигиене на кафедре академии и в России вообще. До него гигиена была просто учебной дисциплиной, которая преподавалась, главным образом опираясь на заключения здравого смысла и опыт ученых всех поколений.

Лаборатория кафедры была неплохо по тому времени оснащена оборудованием и различными приборами, несмотря на скудность средств, выделяемых академией для их приобретения (200—300 руб. в год). В целях решения финансовой проблемы Алексей Петрович заключил соглашение с Военным министерством на исследование консервов. За это оно обязалось уплатить ему 5400 руб., что и было сделано. Это, по видимому, была первая хоздоговорная тема в академии, а в гигиенической практике, безусловно, первая. На часть этих денег был приобретен большой респираторный аппарат Петтенкофера. Таким аппаратом были оснащены всего три гигиенических лаборатории в мире.

В 1884 году на кафедре впервые появились группы прикомандированных военных врачей в количестве 55—56 человек для усовершенствования по гигиене. Это дало возможность выхлопотать место второго служителя лаборатории. До сих пор был

всего один служитель. Это говорит о том, что слушатели и преподаватели все делали сами и весьма успешно, о чем свидетельствует семь экспериментальных научных работ, проведенных и опубликованных кафедрой с 1871 по 1881 год, то есть всего за 10 лет. Научное наследие, научное творчество и практическая деятельность А. П. Доброславина были исключительно многогранны и охватывали самый широкий круг гигиенических проблем, отражающих актуальные запросы и практические нужды своего времени. Военная гигиена, гигиена питания, коммунальная гигиена, эпидемиология и дезинфекция, санитарная статистика, физиология и гигиена труда — таков далеко не полный перечень разделов и отраслей гигиены, научно обоснованных и всесторонне разработанных А. П. Доброславиным.

Так, например, в течение нескольких лет на кафедре изучался азотный баланс. Между тем, А. П. Доброславин первым в России еще в 1868 году исследовал эту проблему в своей докторской диссертации «Материалы для физиологии метаморфоза», выполненной под руководством фармаколога О. В. Забелина. Он нашел, что не весь азот, потребляемый с пищей, выделяется с мочой и калом, и что сера, или ионы SO_4^{2-} , не могут конкурировать с мочевиной в качестве показателя азотного обмена. Личность А. П. Доброславина во многих отношениях является феноменальной в гигиене, это целое явление в нашей науке. Как справедливо пишет в своей монографии Е. Я. Белицкая, он в ней всюду был первым, даже в такой области, как организация военного здравоохранения. Он первым начал ее изучать и преподавать в составе военной гигиены. При этом в программу были включены такие вопросы, как общий строй медицинского управления в мирное и военное время в отечественной и зарубежных армиях, принципы эвакуации раненых, разбор (сортировка) больных и раненых, болезненность армии и т. п. Кроме того, он написал ряд статей, посвященных данной проблеме, а именно: «О снаряжении санитарных поездов», «Два месяца в закавказской действующей армии, состояние гигиены в ней», «О подвижных медицинских лабораториях» и ряд других.

Оставил свой след Алексей Петрович и в физиологии, особенно в своих ранних работах, причем он стоял на твердых научных материалистических позициях. В статье «Позитивный метод в физиологии» он отстаивает учение Клода Бернара, Робена и других ученых, призывавших отрешиться от мистических толкований физиологических явлений и, в особенности, в медицине опираться на экспериментальные физико-химические методы, а в статье «Физиология мысли» Алексей Петрович указывает на общность физико-химических законов для минеральных, растительных и животных веществ и высказывает мысль о том, что «...вероятнее всего, что силы, развивающиеся при химических процессах в нервах, суть силы электрические». К сожалению, и в этой науке имя А. П. Доброславина никак и нигде не упоминается.

Сочетая огромную научно-исследовательскую и педагогическую работу с практической санитарной деятельностью, А. П. Доброславин придал отечественной гигиене научный характер и общественную направленность, резко отличавшую её от замыкавшихся в своих стенах зарубежных гигиенических школ и кафедр. Он постоянно подчеркивал выраженную общественную направленность гигиены как науки социальной. «Гигиена является наукой социальной, ибо она учитывает условия общественной деятельности людей и стремится создать наилучшие условия для развития производительных сил. Помощь, оказываемая гигиеной, имеет общественный характер», неоднократно отмечал он.

А. П. Доброславин отчетливо видел и понимал ограниченные возможности в осуществлении широких санитарно-оздоровительных мероприятий. Он настоятельно подчеркивал их главным образом государственный характер, как и в основном государственную, а не медицинскую природу здравоохранения, как системы организации, разработки и осуществления мероприятий, направленных на сохранение и укрепление общественного и личного здоровья, их своевременность, масштабность и завершенность.

«Казалось бы, что такое драгоценное благо, каким всюду признается здоровье,— указывал Алексей Петрович,— не должно было бы вынуждать от общества какие-либо меры для его сохранения. Однако мы все поступаем как расточительный наследник богатых родителей. Не зная настоящей цены здоровью, полученному по на-

следству, мы издерживаем его без расчета, не заботясь о будущем. Тогда только оценивается это богатство и являются стремления его сохранить, когда здоровые превращаются в больных. Общество в лице своих представителей всегда несет ответственность за охрану общественных ценностей. Точно так же, как ограждается общественная казна от расхищений, должно быть охраняемо и общественное здоровье. Причины, давшие повод растрате общественного здоровья, должны быть преследуемыми общественными властями, как ими же преследуются причины, ведущие к растрате общественной казны».

Комплексный подход прослеживается в работах А. П. Доброславина и к решению актуальных проблем военной медицины и гигиены. И сегодня не утратили своей актуальности предельно четко и исключительно точно сформулированные им задачи военного врача и, в частности, гигиениста в боевых условиях: «На поле битвы все не гигиенично, начиная со смертоносных условий битвы и кончая страшными последствиями ее. Единственно, чем врач может в этом случае помогать войску, это — приготавливать солдата к битве, сообщив ему известную степень выносливости к трудам, которые на него выпадают, и помогать сохранению жизни, когда он ранен, подавать первую помощь и переправлять раненых в такого рода учреждения и местности, где они в состоянии будут восстановить здоровье».

Полемизируя с господствовавшими в его время представлениями о том, что каждый военный заранее обрекает себя на неизбежные и всевозможные лишения, и что служба солдата должна быть тяжкою, чтобы не изнежить, а закалить его от будущих невзгод, Алексей Петрович убедительно показывает, что «солдат есть тот же бранный человеческий организм, как и все остальные, и что никакой искусственной дрессировкой нельзя поставить выносливость человеческого тела выше тех крайних пределов, какие указаны природой».

Обобщая многолетний собственный опыт научной и практической работы в войсках и опираясь на накопленный опыт российской и зарубежных армий, Алексей Петрович приходит к обоснованному выводу о том, что современная армия может обладать действительными морально-бытовыми качествами, «...когда были приложены серьезные заботы о здоровье солдат и когда организм каждого из них представляет устойчивое физиологическое состояние всех обычных отправлений», а эффективность работы по сохранению и укреплению здоровья военнослужащих он справедливо связывал не столько с усилиями медицинской службы, сколько видел в этом задачу государственных институтов.

А.П. Доброславин писал: «успех санитарного надзора, и движение вперед санитарных мероприятий стоит далеко не в исключительной зависимости от военных врачей и связывается массой других условий. Экономические из них должны быть поставлены на первом плане, а затем степень уверенности строевого начальства в целесообразности гигиенических мероприятий».

В наше время не вызывает сомнения один из ведущих принципов организации военного здравоохранения, всесторонне обоснованный А. П. Доброславиным и заключающийся в том, что в реализации профилактического метода, в отличие от лечебного, наряду с военно-медицинской службой, должны участвовать экономические, технические, хозяйственные, административные, правовые и общественно-политические структуры и институты государства, а также, и может быть, в первую очередь, — все население страны в целом, и каждый ее гражданин в отдельности.

Роль же медицинской службы в системе охраны здоровья воинов А. П. Доброславин видел в том, что «военные врачи более чем кто-либо претендуют на такие условия служебной деятельности, где они призываются экспертами, советниками военных администраторов и даже сами становятся в положение лиц, самостоятельно администрирующих в пределах им предоставленной власти», хотя он и не без горечи отмечал, что «нередко врач для многих бывает нежелательным экспертом, которого избегают или даже вынуждают воздержаться от выражения своего мнения. Однако неопровержимыми научными данными и на основании опыта врач в состоянии доказать обоснованность своих требований и точно предсказать последствия их невыполнения».

РОЛЬ УКРАИНСКОГО МЕДИКА С.А.ПОДОЛИНСКОГО В ИСТОРИИ НООСФЕРНЫХ ВОЗЗРЕНИЙ

Дупленко Ю.К., Гамалея Е.Н.

Национальный университет «Киево-Могилянская академия»

Институт художественного моделирования и дизайна (Киев, Украина)

Сергей Андреевич Подолинский опубликовал в 1880 г. в петербургском журнале «Слово» работу «Труд человека и его отношение к распределению энергии» [1]. В этот же период времени он публикует фрагменты своей работы в немецких, французских, итальянских журналах. Впоследствии были переводы на украинский и другие языки. Ф.Энгельс назвал выводы С.А.Подолинского «действительным открытием». В.И.Вернадский считал его забытым научным новатором [2]. Нынешние исследователи его творчества признают концепцию С.А.Подолинского предтечей ноосферных представлений [3, 4], а также подходов И.Р.Пригожина к пониманию специфики жизненных процессов [5]. Считается, что выводы ученого, опередившего время, формировали новое научное мировоззрение, в основу которого положены объективные законы исторического развития, непонимание которых трагическим образом отражается на судьбе человечества, неумолимо приближая катастрофические последствия.

С.А. Подолинский окончил физ-мат. факультет Киевского университета в 1871 г. Затем в 1876 г. он заканчивает медицинский факультет Вроцлавского университета. Все это время он основательно изучает также политическую экономию, историю и философию. После получения высшего образования С.А.Подолинский выезжает в Лондон, позднее переезжает в Вену, затем в Женеву. За границей принимает активное участие в деятельности русской и украинской революционной эмиграции. Знакомится с Ф.Энгельсом и завязывает в последующем переписку с ним, которая продолжалась и после возвращения С.А.Подолинского на родину.

С.А.Подолинский (1850-1891) опубликовал работы «Жизнь и здоровье людей на Украине» (1879), а также «Ремесла и фабрики на Украине» (1880), которые стали важным вкладом в социальную гигиену и экономическую историю Украины. Но наибольшую значимость для будущих исследователей приобрела именно монография «Труд человека и его отношение к распределению энергии», в которой он исследовал роль человеческого труда в развитии общества, считая эту роль определяющей, а также оценил значение труда в мировом распределении энергии. По мнению С.А.Подолинского, результат человеческого труда – это такое природное явление, которое усиливает энергетическую мощность. Он рассматривает следующую последовательность: растения поглощают энергию Солнца и сохраняют ее, не превращая в механическую работу; животные используют ассимилированную растениями энергию для осуществления механических движений, необходимых для их жизнедеятельности, но при этом не препятствуя рассеиванию энергии в окружающей среде. Человек же на ранней стадии своего развития получает энергию в ходе питания растительными и животными продуктами и полностью превращает ее в механическую работу при тех или иных жизненных функциях. Переходя от собирательства и охоты к оседлому земледелию и последующему созданию посредством мускульной и умственной работы все более совершенных приспособлений и механизмов для облегчения труда, человечество накапливает избыток энергии, что приводит к увеличению коэффициента полезного действия свыше 100%. По сути, С.А.Подолинский исходил из понимания природы как способной порождать человека и человеческое общество (по И.Р.Пригожину [5]). Человек получает возможность добычи и выгодного распределения свободной энергии. С.А.Подолинский подчеркивает (и это очень значимое с современных позиций наблюдение), что существуют страны, бывшие ранее богатыми, а теперь превращенные чуть не в пустыни, но такие факты слишком явно зависели от ошибок в хозяйствовании (курсив мой – Ю.К.Д.).

Соглашаясь с тем, что естественные запасы топлива (нефть, торф, уголь, древесина) неуклонно исчерпываются, и в будущем станет невозможным обеспечивать возрастающие потребности человечества, С.А.Подолинский предлагает разрабаты-

вать пути увеличения запасов солнечной энергии на Земле посредством рационализации человеческого труда. Если политекономия постулирует, что «прибавочный продукт», созданный в результате накопления энергии, составляет сегодня прибыль в интересах капитала, то социальная экономия, одним из основателей которой был С.А.Подолинский, рассматривает пользу избытка энергии для человека.

Помимо энергетических затрат, необходимых для поддержания жизнедеятельности, человек должен удовлетворять и свои психические потребности, удельный вес которых в общем бюджете энергии возрастает по мере развития общества. Сложность «моральной и умственной жизни» человека, как пишет С.А.Подолинский, требует все большего труда для ее удовлетворения. Удовлетворение потребности в научном знании вызвало к жизни университетское образование, организацию научных экспедиций и т.д. Он рисует такую картину: преподаватели делятся своими знаниями с учениками, которые в последующем получают возможность использовать приобретенные знания для увеличения количества сбереженной энергии; искусство, которое стимулирует человека к деятельности, дающей прибавку в бюджет энергии, также рассматривается как полезный труд. Иначе говоря, С.А.Подолинский с научных позиций объясняет формирование человечеством энергетической базы для удовлетворения его социальных и культурных потребностей и, одновременно, прогнозирует его дальнейшее развитие.

Таким образом, С.А.Подолинский впервые идентифицировал целесообразную эколого-экономическую деятельность человечества как противодействие нерациональному рассеянию энергии и заложил основу для создания эколого-энергетической концепции.

Развивая эти идеи, В.И.Вернадский детально исследовал механизм накопления свободной энергии в биосфере, а процесс активного функционирования концентрированной под действием человеческого труда энергии отобразил в своем учении о ноосфере. Ныне научная общественность все чаще обращается к творческому наследию С.А.Подолинского, чьи выводы и предвидения во многом опередили время.

Приведем наиболее важные выводы, сделанные С.А.Подолинским в его работе (если изложить их современным языком):

- Главными вопросами, стоящими на очереди для продолжения процесса накопления энергии на Земле с наибольшим коэффициентом полезного действия, являются следующие – применение солнечной энергии в качестве непосредственного движителя и изготовление питательных веществ из неорганических исходных материалов.

- Главной целью человечества в труде должно быть абсолютное увеличение энергетического бюджета, так как при постоянной его величине превращение... в энергию более высокого уровня вскоре достигает предела, далее которого оно не может идти без излишних потерь в виде рассеяния энергии.

Именно это позволяет считать С.А.Подолинского предшественником В.И.Вернадского и И.П.Пригожина.

Литература

1. Подолинский С. Труд человека и его отношение к распределению энергии. – Слово (СПБ), 1880, № 4/5. – С. 135-211.
2. Вернадский В.И. Философские мысли натуралиста. Разд. первый: Научная мысль как планетное явление (1938). – М.: Наука, 1988, – С. 19-195.
3. Крисаченко В.С. Сергій Подолінський // Людина і довкілля. Антологія: У 2 кн. Кн.2. – К.: Заповіт, 1995. – С. 371-374.
4. Кузнецов П.Г. Предисловие к 2-му изд. кн.: С.Подолинский. Труд человека и его отношение к распределению энергии. – М., 1991. – С. 7-10.
5. Пригожин.И., Стенгерс И. Порядок из хаоса: Новый диалог человека с природой: Пер. с англ./ Общ. ред. В.И.Аршилова и др. – М.: Прогресс, 1986. – 432 с.

СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ИНСТИТУТА СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ В ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ

Егорышева И.В., Хильмончик Н.Е.

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН (Москва, Россия)

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

О деятельности общин сестер милосердия Российского общества Красного Креста в России опубликовано большое число исследований. Большинство авторов подробно описывают историю возникновения общин, воздаст должное самоотверженному труду сестер в годы войны и во время стихийных бедствий. Однако бытовой стороне жизни медицинских сестер, их социальному обеспечению, как правило, не уделяется внимания.

Как известно, Общество Красного Креста в России, первоначально именуемое Обществом попечения о раненых и больных воинах, было создано в 1867 г. Начало профессиональной подготовки сестер было положено Московским дамским комитетом под началом игуменьи Таисии. Комитет принял на свое иждивение 24 сестры из московских монастырей (Воронежского, Алексеевского, Страстного и Зачатьевского). Сестры с разрешения начальства московских больниц дежурили в городской, полицейской, чернорабочей и тюремной больницах. Поступали в общину они по собственному желанию, время пребывания в общине также зависело от их доброй воли. На содержание каждой, включая стол и одежду, Комитет ассигновал по 100 рублей.

Инициатива и опыт Московского дамского комитета получили продолжение в ряде городов России. Среди сестер милосердия были представительницы разных социальных слоев: от крестьянок до девушек из дворянских семей. К началу XX в. на территории современной Белоруссии общины сестер милосердия были уже в Витебске, Гродно, Ковно, Минске, Могилеве. Главное управление Красного Креста поручило своим органам в зависимости от имеющихся средств усилить заботу об увеличении женского санитарного персонала, а Военное ведомство предоставило свои лечебные учреждения для обслуживания их сестрами милосердия.

Приказами по Военному ведомству от 9 и 14 ноября 1871 г. сестры милосердия были допущены к работе в военных госпиталях, их статус и деятельность были определены специальными правилами. За службу сестер в военных госпиталях была назначена пенсия из Государственного казначейства по 100 руб. в год за 25 лет службы. В случае болезни сестры получали пенсию по истечении 15 лет. Сестры, получившие раны и увечья при исполнении служебных обязанностей, имели право на покровительство Комитета о раненых Военного ведомства. За службу сестер милосердия в военных лечебных учреждениях им присваивалось офицерское довольствие и квартиры при госпиталях, 15 рублей жалованья младшей и 25 руб. старшей сестрам.

В первые годы существования Красного Креста сестер было мало, во время мобилизации для русско-турецкой войны удалось собрать 300 сестер, и только половину из них можно было послать на фронт. В результате пришлось организовать краткосрочные курсы сестер. Вслед за окончанием войны Главное управление Красного Креста приступило к развитию сети общин сестер милосердия, в которых подготовка сестер производилась по специальным программам.

Для обеспечения сестер милосердия, которые вследствие преклонного возраста, болезни или увечья были неспособны к дальнейшей службе, Главное управление Красного Креста учредило для сестер и фельдшерского состава Красного Креста эмеритальную кассу, которая начала работать с 1 января 1884 г., и отказалось от права сестер на получение пенсий из Государственного казначейства.

Эмеритальная касса была рассчитана на 600 участниц. Сестры вносили ежемесячно по 1 руб., а фельдшерицы – 2 руб. В соответствии с выслугой в 5, 10, 15 лет, устанавливалась пожизненная пенсия, соответственно, в 120, 150 и 200 руб. в год. Для начала Главное управление Красного Креста выделило из своих средств 350 000 руб.

В приказе №114 за 1887 г. Военного министерства было определено необходимое число подготовленных сестер милосердия для нужд военно-медицинских учреждений военного времени в количестве 3000 человек.

В соответствии с императорским указом от 4 июня 1901 г. о предоставлении сестрам милосердия и фельдшерицам государственной пенсии, по новым правилам было установлено право получения пенсии за 25 лет службы в размере 200 руб., а в случае оставления службы по причине болезни – после 15 лет. Сестрам, продолжающим службу после выслуги права на пенсию, предоставлялось право при выходе в отставку получить единовременное пособие по 100 руб. за каждый прослуженный сверх выслуги год. За каждую сестру, пользующуюся правом выслуги на пенсию, Главное управление перечисляло в государственное казначейство по 12 руб. в год.

В 1903 г. Главное управление Красного Креста разработало единый устав для своих общин, утвержденный покровительницей общества императрицей Марией Федоровной. В нем подробно оговаривались цели общин, условия поступления в них, вопросы подготовки, обязанности сестер. Указывалось, что плата за работу общин поступает непосредственно от лечебных учреждений и частных лиц в общины. Специальным пунктом утверждалась обязанность сестер жить в общем помещении, носить установленную одежду коричневого или серого цвета, передник, белую косынку. Сестры, вышедшие в отставку, носить эту одежду не имели права. Наиболее заслуженные сестры, потерявшие на службе здоровье, имели право на поступление в специальные убежища для сестер, где можно было продолжать носить форменную одежду. Вышедшие из общин сестры по собственному желанию зачислялись в запас. При желании, в случае войны и народных бедствий, они могли вновь работать в составе краснокрестных отрядов.

На всех сестер милосердия велись подробнейшие послужные списки. В случае совершения неблагоприятных поступков сестры удалялись из общин властью настоятельницы.

По данным за 1912 г., общество Красного Креста в 109 общинах располагало 3442 сестрами милосердия и испытуемыми, которые несли службу в военно-сухопутных и морских госпиталях, лечебных заведениях земских и городских самоуправлений, а также принадлежащих Красному Кресту. Они командировались для ухода за частными лицами, а также в местности, пострадавшие от эпидемий и стихийных бедствий.

ИЗ ИСТОРИИ РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ЭНЦИКЛОПЕДИЙ

Егорышева И.В.

Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН (Москва, Россия)

История медицинских энциклопедий берет начало с XIX в. В числе первых таких изданий следует назвать опубликованную в Мадриде медицинскую энциклопедию «Diccionario de medicina y cirargia» в семи томах (1805—1807), а также французское шестидесятитомное издание «Dictionnaire des sciences medicales par une Societe de medecins et de chirargiens» (1812—1822), в подготовке которого принимало участие свыше восьмидесяти авторов.

За неимением российских медицинских энциклопедий врачи в России использовали немецкие, английские и французские издания. Крупнейшими из них являлись «Encyclopadisches Worterbuch der medizinischen Wissenschaften» (36 томов; Berlin, 1828—1847), «Bic-tiormaire de medecine ou Repertoire general des sciences medicales» (30 томов; Paris, 1832— 1846), «Dictionary of practical medicine» (16 томов; London, 1834—1850), «Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales» (Paris, 1864 – 1889).

С 1880 г. под редакцией А. Эйленбурга (A. Eulenburg) при участии большого числа авторов начала выходить «Real-Enzyklopadie der gesammten Heilkunde, niedizisches Hand-worterbuch fur praktische Aerzte» (Wien—Leipzig), выдержавшая 4 издания:

в 1880-1883, 1884-1891, 1895-1900, 1907-1915 гг. в 15, 22, 26 и 15 томах, соответственно. Именно эта энциклопедия пользовалась наибольшей популярностью у русских врачей.

В 1833 г. в С.-Петербурге бывшими участниками Отечественной войны 1812 г. было создано Общество русских врачей. Среди его учредителей были видные российские ученые: профессора Медико-хирургической академии П.А.Чаруковский, С.Ф.Хотовицкий; П.Ф. Го-рянинов, издатель и редактор медицинской газеты «Друг здоровья» К.И.Грум-Гржимайло и др. Основной целью общества, согласно уставу, было «содействовать развитию и процветанию русской медицинской науки». Общество не только проводило научные заседания, но и предприняло первую попытку издания врачебного энциклопедического словаря на русском языке.

«Энциклопедический медицинский лексикон», подготовленный членами Общества русских врачей, ординаторами первого военно-сухопутного госпиталя Леом, Д.К.Тарасовым и П.А.Стрелковским (СПБ, 1842—1845), состоял из пяти частей, был снабжен иллюстрациями и иностранной библиографией. Однако работа над энциклопедией требовала не только большого авторского коллектива, но и достаточного финансового обеспечения, которыми общество в это время не располагало, и издание было прекращено на статье «Nystagnus».

Очередная неудачная попытка создания медицинской энциклопедии на русском языке была предпринята в 1881 г. врачами И.Ф.Ционом и Гольденбергом, планировавшими публикацию «Реальной энциклопедии врачебных наук» - перевода с 1-го издания словаря А. Эйленбурга, но они смогли подготовить только 1-й том (в 5 выпусках, СПБ, 1881—1882).

Следующее медицинское энциклопедическое издание на русском языке было предпринято издательством «Практическая медицина» В. С. Эттингера и являлось переработкой все той же немецкой энциклопедии А.Эйленбурга. Редактором энциклопедии являлся М. И. Афанасьев.

«Реальная энциклопедия медицинских наук, медико-хирургический словарь с дополнениями и изменениями по новейшим источникам» (21 том+2 дополнительных тома, СПБ, 1891—1901) включала переводы статей не только 2-го издания словаря А. Эйленбурга, но и ряда других зарубежных словарей (Villaret, Burn, Jaescoud, Dechambre, Dammer). В то же время треть объема энциклопедии составили статьи русских авторов, среди которых были видные отечественные ученые - Г.И.Турнер, Г.М. Герценштейн, В.И.Гребенчиков, С.А. Пржибытек, Г.Г.Скориченко-Амбодик и др.

С 14-го тома редактирование «Реальной энциклопедии» перешло от М.И.Афанасьева к коллективу специалистов, работу которых объединял А. Г. Фейнберг. Словарь Eulenburg'a – Афанасьева – Фейнберга оказался единственной законченной дореволюционной крупной медицинской энциклопедией на русском языке.

В конце XIX в. в России под редакцией профессора И.Р.Тарханова вышел перевод с немецкого еще одного энциклопедического издания - «Энциклопедического медицинского словаря» А.Виларе (т. 1-3; СПб., 1892-1893).

В 1909 г. под редакцией М. Б. Блюменау стала выходить «Реальная энциклопедия практической медицины. Медико-хирургический словарь для практикующих врачей». Издательство снова прибегло к переводу, на этот раз с 4-го немецкого издания энциклопедии А. Эйленбурга с дополнениями русских авторов, однако начавшаяся Первая мировая война заставила прервать это издание в 1915 г. на статье «Сирингомиелия».

Оригинальные, подлинно российские медицинские энциклопедии появились только в годы советской власти. «Малая энциклопедия практической медицины» была издана в шести томах под редакцией В. П. Осипова (Ленинград, 1927-1930).

В 1927 г. началась работа над 35-томной «Большой медицинской энциклопедией» под редакцией Н.А.Семашко (М., 1928-1936). Об уровне этого издания говорит участие в его подготовке таких выдающихся русских ученых различных медицинских специальностей, как А.И. Абрикосов, Н.Н. Аничков, А.Н. Бах, В.М. Бехтерев, А.А. Богомолец, Н.Н. Бурденко, П.Н. Ганнушкин, МЛ. Кончаловский, Е.М. Курдиновский, П.И. Куркин, П.А. Ланг, А.В. Мольков, В.А. Оппель, Л.А. Орбели, И.П. Павлов, А.В. Паллади, Е.Н. Павловский, Д.Д. Плетнев, Г.й. Россолимо, Г.Н. Сперанский, Н.Д.Стражеско,

А.Н. Сысин, Г.В. Хлопин, М.Н. Шатерников и многие другие ученые, составившие гордость отечественной науки.

Уже после Великой Отечественной войны вышли широко известные исследователям 2-е и 3-е издания «Большой медицинской энциклопедии» (М., 1956-1964 и 1972-1988 гг.).

Медицинские энциклопедии чрезвычайно ценны для историков медицины не только как источник информации, но и как памятники своего времени, достоверно отражающие уровень медицинских знаний и представлений, свойственных определенному историческому периоду. Они позволяют судить также о том, насколько были авторитетны в свою эпоху те или иные представители медицинской профессии, найти сведения о забытых ученых.

Со времени выхода первого тома «Большой медицинской энциклопедии» третьего издания прошло уже 40 лет, сменилась целая историческая эпоха, в области медицины сделаны открытия, перевернувшие многие ранее существовавшие научные представления. Издающиеся в настоящее время российские энциклопедии не могут уделять проблемам медицины и здравоохранения достаточного внимания, и в результате статьи, касающиеся медицины, носят популярный характер, могут быть предназначены лишь для широкого читателя, а не специалистов.

Сегодня назрела острая потребность в подготовке в России медицинской энциклопедии, соответствующей современному уровню медицинской науки. Такое издание представляло бы интерес не только для российских врачей, но и было бы, на наш взгляд, востребовано в странах СНГ, где русским языком владеет подавляющее большинство населения.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ АКАДЕМИКА РАМН Ю. П. ЛИСИЦЫНА В ОБЛАСТИ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Журавлева Т.В., Хмель А.А.

Институт истории медицины РАМН (Москва, Россия)

Развитие медицинской науки невозможно без усилий научных школ, руководимых ведущими специалистами в данной сфере деятельности, а также без исследования исторических особенностей ее становления.

Одну из ведущих школ в области истории медицины и общественного здоровья уже несколько десятилетий возглавляет академик РАМН, профессор Ю.П. Лисицын (род. в 1928 г.). За годы своего развития школа внесла значительный вклад в развитие различных направлений истории медицины, общественного здоровья, организации здравоохранения и многих смежных с ними научных дисциплин. 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, работая на разных должностях в институте организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко (в настоящее время — Национальный НИИ общественного здоровья), неуклонно развивал разные научные направления, связанные с историей медицины и общественным здоровьем. С 1963 по 2011 гг. заведовал кафедрой социальной гигиены (общественного здоровья) и организации здравоохранения 2-го Московского ордена Ленина медицинского института (ныне — РНИМУ). Ю.П. Лисицын также являлся директором Всесоюзного института научной медицинской информации — ВНИИМИ, директором Центрального издательства «Медицина» (1981—1988), директором НИИ истории медицины РАМН (1995—2000), консультантом отдела истории медицины БМЭ. В настоящее время Ю.П. Лисицын — эксперт ВОЗ, президент Конфедерации историков медицины (преемники Всесоюзного

общества), академик и председатель Московского отделения Петровской академии наук и искусств, а также почетный профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения РНИМУ им. Н.И. Пирогова, лауреат Государственной премии. Ю.П. Лисицын является автором многочисленных работ по истории медицины. Среди трудов следует выделить раздел «Медицина XX века» во втором и третьем изданиях Большой медицинской энциклопедии, фундаментальный труд «Здоровье населения и современные теории медицины», в котором проведен анализ исторического развития теоретических основ медицины и здравоохранения, а также сопутствующих, социофилософских и социоэкономических теорий обусловленности здоровья в нашей стране и за рубежом.

Необходимо отметить вышедший в двух изданиях учебник «История медицины», в котором рассматриваются магистральные пути развития медицины, начиная с ее зарождения и до наших дней, включая важнейшие события в истории медицины и здравоохранения XX столетия и многие другие работы, многочисленные монографии, учебники и пособия по общественному здоровью и здравоохранению, созданные с участием его учеников и последователей. Общее число научных работ по разным проблемам общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины, где автором является академик Ю.П. Лисицын, превышает 800 наименований, из них более 40 монографий. Под его руководством защищено более 120 кандидатских диссертаций и свыше 60 докторских диссертаций.

Научной школой под руководством 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. Также, было доказано, что здоровье индивидуума более чем на 50% определяется факторами образа жизни. Данная концепция внесла значительный вклад в теорию и практику профилактической работы и стала основой развития новой науки – санологии: направления медицины о сохранении и укреплении здоровья здоровых – коллективной профилактики, которая в настоящее время получает дальнейшее развитие.

Среди других направлений работы научной школы следует отметить изучение тенденций развития зарубежного здравоохранения, организации медицинской помощи различным группам населения, проблемы управления здравоохранением и многое другое. Один из основных подходов при изучении данных проблем – историко-медицинский. Многие специалисты, включая и авторов этих строк, «окончили» школу под руководством Ю.П. Лисицына и в настоящее время продолжают свою деятельность в области истории медицины, общественного здоровья и организации здравоохранения. Следует отметить работы член-корр. РАМН, проф. Полуниной Н.В., проф. Аликовой З.Р., Акопяна А.С., Бесполудиной Г.В., Васильева К.К., Грибиной М.Н. Гладких П.Ф., Киселева А.Ф., А.А.Лебедева, Г.Л. Микиртичан, Нестеренко Е.И., Нувахова Б.Ш., доцентов Ашаниной Н.М., Савельевой Е.Н., Толченовой Е.А., Поддубного М.В., Шапошниковой С.М. и многих других ученых и педагогов. Дальнейшее развитие научной школы историков медицины и специалистов в области общественного здоровья под руководством Ю.П. Лисицына будет определяться потребностью здравоохранения в новых знаниях и подходах и, без сомнения, приведет к новым открытиям.

ИСТОРИЯ ЗДАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

Журавский Д.А., Любимцева Т.А.

*Санкт-Петербургский государственный университет
(Санкт-Петербург, Россия)*

Целью данной работы является освещение истории особняка А.Л.Франка – первого со времени возрождения учреждения и до сих пор единственного здания меди-

цинского факультета СПбГУ. Эта тема будет представлять интерес для студентов и сотрудников факультета, а также широкого круга слушателей, интересующихся историей Петербурга.

Освещаем хронологию смены владельцев на участке №8 по 21 линии В.О. до строительства особняка, а также историю создания и описание самого здания. Отдельная часть доклада посвящена архитектору особняка – Василию Васильевичу Шаубу.

По экспертной оценке Б.М. Кирикова («Архитектура петербургского модерна. Особняки и доходные дома» СПб, Издательский дом Коло, 2010), особняк А.Л. Франка представляет пример раннего модерна. Здание было построено к 1900 г. для соучредителя Северного стекольного предприятия Адольфа Людвиговича Франка. Проект особняка символизировал поворот петербургской архитектуры от историзма к модерну.

Адольф Людвигович вместе с братом Максом Людвиговичем владели самым крупным в России стекольным заводом - Северным стекольным предприятием. Завод выпускал декоративные зеркала, витражи для многих известных домов по всей России. Пример использования витражей этого предприятия – знаменитый Елисеевский магазин на главном проспекте Петербурга. Витражное искусство было очень популярно в то время в России, поэтому стекольное предприятие процветало, это отразилось и на особняке учредителя. Самые современные, последние витражи отправлялись на окна личного дома Людвига. Знаменитый австрийский художник Й. Голлер - автор самого большого витража дома.

К сожалению, о красоте былого особняка сегодня мы можем судить лишь по фотографиям. Ни один витраж не пережил потрясения Петербурга. Но, тем не менее, особняк Франка и по сей день остается особо заметным и необычным произведением знаменитого архитектора-модерниста В.В. Шауба.

СТАНОВЛЕНИЕ СРЕДСТВ И МЕТОДОВ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Запашник Т.А., Есьман А.А.

ГУО «Белорусская академия последипломного образования»

История развития медицинской науки свидетельствует о существенном внимании к методам обработки кариозной полости во все периоды становления терапевтической стоматологии. Характерно, что предпочтение отдавалось механическому удалению измененных тканей. Изначально для препарирования зубов применялись ручные инструменты: эмалевые нож, лезвие и режущий край которого лежат в плоскости ручки (конфигурация инструмента напоминает прямую гладилку); ручные долота имеют плоское лезвие, которое заканчивается односторонне скошенным режущим краем; экскаватор, имеющий округлые формы режущего края.

Эти инструменты применялись для создания доступа к кариозной полости, расширения входного отверстия путем скалывания эмалевых краев. Препарирование с помощью ручных инструментов менее болезненно, чем препарирование с помощью вращающихся машинных инструментов. Препарирование эмали ножами, долотцами представляет собой расщепление ткани путем разъединения эмалевых призм. Но имелись и отрицательные моменты: высокая трудоемкость, обусловленная большой затратой времени, отсутствие современных стеклоиномерных цемента, не всегда позволяющие создавать правильные наружные и внутренние очертания полости.

Постепенно, начиная со времени введения в стоматологическую практику в 1846 г. ручных ротационных инструментов, в 1858 г. – ручной дрели для них, в 1863 г. – первой бормашины с ножным приводом, в 1875 г. – первой запатентованной электрической бормашины, питающейся от батареек, в 1883 г. – электрической бормашины от сети, которые получили широкое распространение с 1908 г., первой высокоскоростной бормашины, придуманной и производимой в Швеции с 1955 г., по мере усовершенст-

ования, как боров, так и стоматологических установок, ручные режущие инструменты уступили место вращающимся инструментам.

В настоящее время наиболее широко применяется машинное препарирование зубов, которое позволяет качественно удалить необходимые слои эмали и дентина. Машинными инструментами являются боры, приводимые во вращательное движение бормашиной. Первый зубоврачебный бор был описан в 1728 г. парижским дантистом Перри Фуахардом. Это был ручной бор, приводимый в действие вращением пальцев в обоих направлениях.

Самая большая группа современных боров с алмазным покрытием. По методу крепления алмазного зерна к металлу головки делится на боры, изготовленные с помощью гальванического метода крепления и других (например, «спеченный» алмаз). В основном эти боры применяются для препарирования эмали.

Первоначально боры для препарирования дентина изготавливались из прочной инструментальной стали. Их рабочая часть была снабжена не густой, но глубокой нарезкой. По результатам исследований H.R.Stanley, H.Swerdlow применение стальных боров нецелесообразно, так как при требуемом приложении силы около 226,4 г при препарировании, водяное охлаждение, достаточное для предупреждения ожоговых повреждений пульпы, не уменьшает воспалительной реакции. С момента создания в 1891 г. современного прототипа бора для его изготовления использовалась качественная углеродистая сталь. В наши дни применяются хромисто-вольфрамовые, хромистованнадиевые сплавы. В твердосплавных борах головка и прилегающая часть шейки изготавливается из карбид-вольфрама, заключенного в матрицу из кобальта или никеля. Иногда такие инструменты покрывают нитритом титана. Есть данные изучения шлифов в отраженном свете микроскопа, которые готовились до и после препарирования разными борами: рельеф эмали постоянных и временных зубов после препарирования стальными борами неровный и зазубренный, край эмали имел дефекты и трещины, пронизывающие ее в разных направлениях (эти боры скалывают, отбивают и отламывают эмаль); дентин, препарированный твердосплавными борами, имеет ровный или слегка волнистый край без трещин и дефектов.

Боры выпускаются разной формы: шаровидной, обратно конусной, цилиндрической, конической, грушевидной и т.д.; разных размеров; с разным диаметром и длиной рабочей части.

В результате исследований установлено, что наиболее оптимальным режимом препарирования алмазным бором на турбинном наконечнике является скорость вращения 250 000 об/мин.

В последние годы увеличивается интерес к ручной обработке кариозной полости, причем, более эффективным считается сочетание инструментального вмешательства с химическим воздействием на кариозный дентин. Механизм, обеспечивающий удаление пораженных тканей, заключается в очищении кариозных полостей ручными инструментами, отличающимися от стандартных своей формой и способом использования, что позволяет обеспечить безболезненное и щадящее удаление пораженных твердых тканей зуба.

У пациентов может быть использован хемомеханический способ препарирования кариозных полостей. Этот метод описан в отечественной литературе в 1930-е годы. Для обработки тканей зуба использовался 5-10% раствор молочной кислоты. Тампон с кислотой вводился в кариозную полость на 15-20 минут. После удаления из кариозной полости тампона оставшаяся кислота нейтрализовалась раствором соды. Размягченный дентин удаляется острым экскаватором.

В 1994 г. Всемирной организацией здравоохранения был впервые представлен альтернативный атравматический метод лечения кариеса зубов (ART-atraumatikrestorativetreatment), а в 1998 г. шведская фирма MediTeamAB предложила к использованию метод химико-механического препарирования кариозной полости ручными инструментами Carisolv и набором специальных гелей Carisolv. Препарат состоит из двух компонентов, смешиваемых непосредственно перед применением. Первый компонент представляет собой вязкий гель, который содержит в своем составе 3 аминокислоты (глутамин, лейцин и лизин) в концентрации – 0,1 М, каждая, красный краситель – эритрозин, NaCl и СМС (карбоксиметилцеллюлоза). Второй компонент пред-

ставляет собой 0,5% раствор гипохлорита натрия. Принцип действия препарата основывается на хлорировании молекул коллагена с помощью гиперхлорита натрия, воздействие которого регулируется с помощью аминокислот, таким образом, чтобы разрушался только денатурированный коллаген поврежденного кариесом дентина. Анализ литературных данных свидетельствует, что 97% пациентов удовлетворительно отнеслись к методике ART и к отдаленным результатам. Около 95% пациентов детского возраста не боятся дальнейшего лечения зубов. Также в литературе имеются данные о сохранении 79% пломб на одной поверхности зуба и 55% более чем на одной поверхности зуба, что является более низким показателем эффективности использования ART-метода, чем при лечении кариеса зубов с использованием стоматологической установки.

Достижения современной науки позволяют использовать в стоматологии такие высокие технологии, как лазерное препарирование зуба. Первые попытки применения лазера для препарирования тканей зубов относятся к 1963 г. Лазерные устройства производят различной длины волны. В зависимости от таких лазерных параметров, как продолжительность импульса, разряд, длина волны, глубина проникновения, выделяют следующие типы лазеров: импульсный на красителе; He-Ne; рубиновый; александритовый; диодный; неодимовый (Nd: YAG); гольмиевый (Ho: YAG); эрбиевый (Er: YAG); углекислотный (CO₂). В стоматологии наиболее часто применяют для препарирования твердых тканей эрбиевый лазер, длина волны которого составляет 2,940 нм, длина импульса 80-950 м/с. В эмали лазеры производят такие поверхностные изменения, как кратерообразование, таяние и перекристаллизация. По данным некоторых исследований *invitro* при облучении эрбиевым лазером предотвращается прогрессия кариозного процесса до 40-60%. Механизм действия на твердые ткани эрбиевого лазера («резанья» зуба) основан на «микровзрывах воды, входящей в состав эмали и дентина, при ее нагревании лазерным лучом. Процесс поглощения и мгновенного локального нагрева приводит к испарению воды, микроразрушению твердых тканей и выносу твердых фрагментов из зоны воздействия водяным паром. Для охлаждения тканей используется водно-воздушный спрей. Эффект воздействия ограничен тончайшим (0,003 мм) слоем выделения энергии лазера. Из-за минимального поглощения энергии лазера гидроксиапатитом – минеральным компонентом хромофора – нагрева окружающих тканей более чем на 2 °C не происходит. Появление твердотельных лазеров позволило в импульсном режиме обрабатывать твердые ткани зуба.

Широкое применение получила методика кинетического воздушно-абразивного препарирования (КСР – KineticCavityPreparation). Под воздействием фокусированного потока абразивного материала (оксида алюминия или бикарбоната натрия с раз мерами частиц 25-50-100 мкм) удаляются твердые ткани зуба.

Возможности ультразвука позволяют предложить устройство, применяемое для обработки твердых тканей зуба. Примером служит аппарат «Vektor» (DurrDental, Германия). Принцип функционирования схож с работой ультразвуковой ванны. При микроинвазивном препарировании полостей передача не прямой ультразвуковой энергии (рабочая частота колебаний 24 Гц) на инструменты осуществляется посредством жидких сред. Используемые инструменты не имеют острых краев, сглажены, для снижения травматизма твердых тканей зуба. Препарирование происходит за счет абразивной суспензии, в состав которой входит карбид кремния (размеры частиц составляют в среднем 50 мкм, очень твердые, с острыми гранями).

Одним из последних достижений является использование порошкоструйного аппарата «Rondoflex» для препарирования твердых тканей зуба, с последующей обработкой озоном – прибор «HealOzone» (KaVo, Германия), принцип действия которого заключается в антисептическом и реминерализующем воздействии.

Широкий выбор современных средств и методов препарирования твердых тканей зуба позволяет дифференцированно подходить к удалению некротизированных тканей в зависимости от клинической ситуации и возраста. Таким образом повышается эффективность лечения кариеса зубов, снижается количество отказов от лечения.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ИОВ»: 70 ЛЕТ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ

Иванцов О.А., Желудок М.В., Жак Е.В.

*УЗ «Гомельский областной клинический госпиталь
инвалидов Великой Отечественной войны»*

Прошедший год стал юбилейным для Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ: мы отметили 70-ю годовщину со дня образования. 16 августа 2011 г. была проведена областная научно-практическая конференция, посвященная этому событию – «Современные проблемы диагностики и лечения заболеваний лиц пожилого и старческого возраста», в которой приняли участие не только представители госпиталей Беларуси, но и стран СНГ. Выпущен сборник научных статей участников конференции.

70 лет наш госпиталь, свято храня заветы своих основателей, развивает высокие начала гуманности и самоотверженного служения Милосердию. Ежегодно в госпитале стационарное лечение получают более 11 тысяч пациентов.

Историю свою он ведет с первых месяцев Великой Отечественной войны с эвакогоспиталя №1235, созданного в далеком г. Бийске Алтайского края, где в приспособленных зданиях общежитий, гостиниц, школы механиков и парткабинета началась борьба за жизни раненых бойцов и командиров Красной Армии. Весь персонал отделений с исключительной, по воспоминаниям современников, самоотдачей днем и ночью работал в отделениях, ухаживая за ними. В госпитале было развернуто 600 коек, из них 500 общехирургических и 100 для челюстно-лицевых поражений.

В 1944 году, чтобы приблизить госпиталь к фронту, эвакогоспиталь №1235 был передислоцирован в город Гомель, который был почти полностью разрушен за годы оккупации. Под госпиталь были отведены здания без окон и дверей. Весь коллектив начал трудиться над их восстановлением и уже в начале 1945 года госпиталь был готов к приему раненых. Окончилась война, которая осталась в памяти как тяжелое испытание для всего народа, а ее окончание — как светлый праздник, который отмечали во всех странах. Нелегкой ценой она досталась. Перед медицинской службой страны встала сложная задача — восстановить здоровье героев, ставших инвалидами.

В 1946 г. эвакогоспиталь №1235 переименован в «Госпиталь для инвалидов Великой Отечественной войны», в котором функционировали хирургическое, терапевтическое, челюстно-лицевое и неврологическое отделения, а также многопрофильные курсы по обучению инвалидов новым профессиям, которые закончили более 2,5 тысяч инвалидов Великой Отечественной войны.

В 1949 г. награжден переходящим Красным знаменем Министерства здравоохранения СССР как лучший госпиталь Союза, позднее перепрофилирован в госпиталь для лечения больных легочным и костно-суставным туберкулезом с мощностью в 300 коек.

С 1970 г. госпиталь функционирует как терапевтический с наличием кардиологических, терапевтических и неврологических отделений. Но уже в те годы возникла мысль о проектировании и строительстве нового современного здания для госпиталя. В 1983 г. начато, и в 1987 г. завершено строительство нового госпитального комплекса на 280 коек со всеми необходимыми вспомогательными подразделениями, которое велось в два этапа. В 1992–1998 годах начато и завершено строительство второй очереди госпиталя на 220 коек. Коечная мощность составила 500 мест.

В 1998–2008 годах введены в эксплуатацию конференцзал, помещения кафедр медицинского университета, отделения ГБО с собственной кислородной станцией, рентгенкабинет, большой тренажерный зал, кабинеты для термального лечения доброкачественных заболеваний предстательной железы, диагностики и лечения остеопороза, зубного протезирования и другие.

Открыты отделения постинсультной и постинфарктной реабилитации. С 2004 г.

госпиталь начал оказание неотложной неврологической помощи. В 2008 г. открыто отделение реабилитации больных после корригирующих операций на опорно-двигательном аппарате и эндопротезирования крупных суставов и кабинет компьютерной томографии, в настоящее время оснащенный современным новым 16-срезовым компьютерным томографом.

В 2009–2011 годах начали функционировать операционная для экстренного оперативного вмешательства больным, поступающим по «скорой» помощи с острыми нарушениями мозгового кровообращения (кровоизлияниями), новый зал ЛФК, оснащенный современными тренажерами, кабинет психотерапевта и ультразвуковой диагностики. Проведено цифровое телевидение и скоростной Интернет в каждое отделение, установлен видеоконтроль поступления больных.

За сухими строками официальных документов стоит работа более 600 человек персонала: врачей, медицинских сестер, младших медицинских сестер, работников хозяйственных служб, которые трудились и трудятся в госпитале. За годы существования госпиталя стационарное лечение получили более 400 тыс. пациентов.

Большой вклад в организацию и дальнейшее развитие госпиталя внесли главные врачи, первым из которых был Сергей Григорьевич Логвиненко (1941–1943), в последующие годы госпиталем руководили: Илья Григорьевич Левин (1943–1953); Адам Федорович Цурко (1953–1959); Ибрагим Леонидович Друян (1959–1979); Александр Николаевич Шидловец (1979–1990); Леонид Ибрагимович Друян (1990–2008).

В октябре 2008 г. на должность главного врача назначен Иванцов Олег Анатольевич, который является главным внештатным гериатром управления здравоохранения Гомельского облисполкома.

В настоящее время госпиталь – то учреждение, которое оказывает медицинскую помощь инвалидам, участникам Отечественной войны, труженикам тыла, узникам фашистских концлагерей, блокадникам Ленинграда, членам семей погибших не только г. Гомеля, но и всей Гомельской области. Кроме того, 3 раза в неделю оказывается экстренная неврологическая помощь всем жителям г. Гомеля и Гомельского района, поступившим с острым нарушением мозгового кровообращения и острым нарушением спинального кровообращения.

На базе госпиталя размещены 2 клинические кафедры Гомельского государственного медицинского университета: кафедра пропедевтики внутренних болезней и кафедра неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской реабилитации, которые принимают активное участие в обходах и консультируют сложных пациентов.

Период работы госпиталя характеризуется систематическим увеличением объема стационарной помощи, расширением специализированных лечебных и диагностических служб.

В настоящее время госпиталь размещается в новых просторных корпусах, в которых функционируют: 3 терапевтических отделения, 2 неврологических отделения, отделение постинсультной реабилитации, отделение постинфарктной реабилитации, отделение посттравматологической реабилитации, отделение реабилитации пациентов неврологического профиля, отделение реанимации и интенсивной терапии.

Кроме того, функционируют самостоятельные кабинеты и параклинические отделения: отделение функциональной диагностики, гипербарической оксигенации, физиотерапии, включающее 4 зала ЛФК и 2 плавательных бассейна, приемное отделение, кабинеты рентгенологический, компьютерной томографии, ультразвуковой диагностики, термального лечения предстательной железы, эндоскопии, рефлексотерапии, психотерапии, клинко-диагностическая лаборатория и аптека.

Общая коечная мощность госпиталя в настоящее время - 489 коек.

На всей территории госпиталя создана безбарьерная среда (специальные палаты с расширенными дверными проемами, санитарные комнаты с адаптированной сантехникой и т.д.), что позволяет пациентам с крайне ограниченной мобильностью (инвалиды-колясочники) передвигаться в учреждении и самостоятельно посещать любые лечебные и вспомогательные подразделения.

На госпиталь также возложена функция организационно-методического руководства работой организаций здравоохранения области по лекарственному и медицинскому обеспечению ветеранов войн и пожилых людей, а с 2010 г. и по вопросам реа-

билитации.

Высокая оценка труда коллектива дана в многочисленных отзывах в средствах массовой информации. На международном конкурсе среди госпиталей ветеранов войн стран СНГ по профилактике заболеваний, укреплению здоровья, реабилитации ветеранов войн и участников локальных конфликтов, который проводился в 2006г. среди 115 госпиталей России, Украины, Казахстана и других стран СНГ, госпиталь занял почетное 2 место.

Сегодня перед здравоохранением стоит задача - обеспечить максимальное здоровье и трудоспособность населения страны. Одним из перспективных направлений в деятельности учреждений здравоохранения, связанного с профилактикой длительной и стойкой нетрудоспособности восстановлением трудового и социального статуса больного, является организация восстановительного лечения.

В связи с этим, в 2012 г. на базе госпиталя создан областной центр медицинской реабилитации Гомельской области, где функционируют четыре отделения на 170 коек, в которых проводится комплексная реабилитация больных, перенесших инфаркт головного мозга, оперативное лечение на головном и спинном мозге, острый инфаркт миокарда, другую сердечную патологию, последствия различных заболеваний центральной и периферической нервной системы, тяжелых травм, перенесенных операций на мышцах, связках, сухожилиях и суставах.

В отделениях созданы хорошие бытовые условия для реабилитации данного контингента. Физиотерапевтическое отделение размещено в отдельном типовом трехэтажном здании, предназначено для оказания всех видов физиотерапевтического лечения и включает в себя кабинеты электро-, тепло- светолечения, бальнеолечения (ванны, души, грязелечение), фитобар, ингаляторий, массажные кабинеты, сауну, 2 бассейна, два зала ЛФК, оснащенных современной аппаратурой.

Наличие специалистов в области медицинской реабилитации и медицинского психотерапевта в штате реабилитационного отделения дает возможность уделять особое внимание наиболее необходимому аспекту реабилитационных мероприятий – проведению психологической реадaptации данного контингента лиц.

При необходимости пациенты могут получить квалифицированную консультативную помощь от врачей любого профиля.

Комфортное размещение в сочетании с прекрасной природой на территории госпиталя создают особый психологический климат, способствующий скорейшему выздоровлению пациентов. Десятки самых совершенных методов диагностики и лечения внедрены в практику за последнее время. Регулярно обновляется парк медицинской аппаратуры и техники.

«Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» в настоящее время, сохраняя традиции предыдущего поколения, продолжает активно развиваться и представляет собой медицинское учреждение, соответствующее всем международным стандартам для лечебных организаций такого типа.

Ж.Э. ЖИЛИБЕР – ОРГАНИЗАТОР И РУКОВОДИТЕЛЬ ПЕРВОЙ ГРОДНЕНСКОЙ МАСОНСКОЙ ЛОЖИ

Игнатович Ф.И.

Гродненское научное общество историков медицины

На современном этапе развития белорусского общества возрастает интерес к истории создания и роли общественных объединений [1, с. 4, 10-12]. На современной территории Беларуси в конце XVIII – первой четверти XIX в. действовал ряд масонских организаций [3, с. 5-8]. Однако участие в них медицинских работников до настоящего времени исследовано недостаточно, что обусловлено недостаточностью документальных источников.

Масонское движение, как известно, зародилось в Англии, когда 24 июня 1717 г.

в Лондоне открылась первая в мире ложа. Целью состоявших в ней членов, называвших себя «братьями», или «вольными каменщиками», был поиск истинных путей духовного обновления общества. Они стали пропагандировать принципы политической и религиозной терпимости, свободы, равноправия и просветительства. Основным методом их деятельности было проникновение во властные структуры для влияния на исход исторических событий. При этом ими использовался опыт средневековых цехов строителей, включая атрибуты этой профессии.

В конфедеративном польско-литовском государстве (Речи Посполитой, РП), в состав которого входили белорусские земли, масонство стало внедряться при короле Августе III (1696-1763). Первая польская ложа «Три белых орла» («Trzy Białe Orły») при его содействии открыта в 1739 г. в Варшаве. С ростом числа лож в РП было создано три провинции: великопольская, малопольская и литовская. Каждую из них возглавляли заместители Великого мастера (магистра). В ряде городов существовали их ложи и филиалы. После первого раздела РП (1772 г.) они появились в ряде белорусских городов (Могилев, Полоцк, Шклов и др.), присоединенных к России [3, с. 5, 28].

Масонское движение охватило и такие города Великого княжества Литовского (ВКЛ), как Вильно, Гродно и ряд других. Первой в Вильно была создана ложа «Добрый пастор» («Du Bon Pasteur»). В 1779 г. она предприняла попытку создания своего филиала в Гродно. В то время этот город был значительным административным, экономическим и культурным центром ВКЛ. По инициативе подскарбия надворного литовского и старосты гродненского А. Тизенгауза (1733-1785) и при поддержке короля РП С.А. Понятовского (1732-1798) здесь проводились социально-экономические реформы, касавшиеся и здравоохранения. Для участия в их реализации был приглашен из Франции известный врач и ученый Ж.Э. Жилибер (1741-1814). Он является создателем медицинской академии в Гродно (1775) и медицинского факультета университета в Вильно (1781). Его по праву также можно считать одним из основоположников медико-биологических наук в Беларуси и Литве [2].

Остается пока малоизвестным участие Ж.Э. Жилибера в масонском движении. Виленская ложа «Добрый пастор» нашла в нем единомышленника. Не без его помощи ей удалось объединить гродненских масонов. Не позднее 1781 г. в Гродно была создана самостоятельная ложа «Счастливого освобождения» («L'hereuse Delivrance»). Она существовала, пользуясь французским языком, по-видимому, до 1809 г. Об этом свидетельствует уникальный документ от 24 июня, сохранившийся на пергаменте в Центральной библиотеке Академии наук Литовской республики [6]. В нем содержатся фамилии и подписи 17 учредителей, пожелавших открыть ложу. Они обратились в Виленскую ложу «Добрый пастор» и к ее мастеру кафедры А. Годену с просьбой представлять их интересы в вышестоящих масонских организациях.

Как видно из вышеуказанного документа, в ложе «Счастливого освобождения» состояли в основном высокопоставленные лица из окружения А. Тизенгауза, выходцы из Франции и Германии. Руководителем (мастером) этой ложи (кафедры) избран профессор и директор ГМА Ж.Э. Жилибер. Это не было случайностью, так как он уже имел опыт работы в масонских организациях. Во время его врачебно-педагогической деятельности в Лионе там уже действовало несколько масонских лож. Как активному участнику культурной и политической жизни города, две из них предложили ему участвовать в их работе. От приглашения войти в их состав он не отказался: вначале это была ложа «Совершенная гармония» («La parfaite harmonie»), затем – «Две ложи соединенные» («Les deux loges reunies»). Не без их влияния у него стало формироваться мировоззрение независимого республиканца и противника монархии. На усадьбе одной из них им создан ботанический сад [5]. Все это способствовало повышению его авторитета и признания в обществе.

Как организатор и администратор Гродненской масонской ложи, Ж.Э. Жилибер умело управлял ее деятельностью и финансами, вел заседания, подписывал документы и утверждал решения, представлял братьев для присвоения очередных чинов и пр. По обычаям его символами, как мастера, были деревянный молоток, счетная доска, геометрические фигуры и пр. Обычно заседания им проводились тайно в резиденции члена ложи архитектора И. Сакко (Телеграфный пер., 15а). Деятельности ложи не пре-

пятствовали С.А.Понятовский и А.Тизенгауз, которые сами поддерживали масонские идеи.

Численный состав первой масонской ложи в Гродно пока не установлен. Известны имена в основном ее руководящего состава. По имеющимся данным, в нее на начальном этапе входило около 20 членов, которые делились на несколько групп в зависимости от уровня подготовки, времени вступления, соблюдения уставных требований (ученики, челядники, подмастерья и т.д.). В их числе были также три из четырех преподавателей ГМА, включая Ж.Э.Жилибера. Доктор медицины К.И.Вирион (1749-1817 г.), уроженец Франции, окончил Страсбургский университет, преподавал в нем анатомию. С 1775 г. по контракту работал в Несвиже домашним врачом магнатов Радзивилов. По приглашению Ж.Э.Жилибера в 1778 г. переехал в Гродно. Наряду с врачебной практикой, преподавал в ГМА анатомию и хирургию. Важные обязанности выполнял он в ложе «Счастливое освобождение» как хранителя печати и штампов. Его обязанностью было заверять ими подлинность документации, ведущейся в ложе, а также учитывать ее. С 1810 г. он состоял в несвижской ложе такого же названия, как ялмужник, оказывал ее членам медико-социальную помощь.

Выходец из Швейцарии инженер, архитектор и художник И.Г. Мюнц (1727-1798 гг.) прибыл в Гродно в 1778 г. Здесь он исполнял следующие должности: инженер-майор, военный комендант города и командир батальона пограничной стражи. Ж.Э. Жилибер привлек его к преподаванию в ГМА физики и химии. Он также активно участвовал в работе масонской ложи. Его обязанностью было следить за тем, чтобы для ритуальных церемоний при проведении общих заседаний использовались спецодежда (фартук, капюшон и перчатки) и принадлежности (циркуль, молоток, угольник и др.) каменщиков. Ему также приходилось помогать мастеру в организации заседаний кафедры.

О практической деятельности Гродненской масонской ложи «Счастливого освобождения» и ее результатах мало что известно, так как в 1822 г. по указу Александра I (1777-1825 г.) в России, куда входило и Гродно, все ложи были закрыты, а их архивы уничтожены. По-видимому, как многие другие ложи, она занималась пропагандой и вовлечением новых членов, оказанием благотворительной помощи погорельцам, больным, бездомным старикам и детям, открытием больниц, проведением профилактических прививок и пр.

Что касается Ж.Э.Жилибера, то его весьма ответственная деятельность в масонской ложе имела не только административную, но и социально-политическую направленность. Сверх заключенного договора им создана в ВКЛ уникальная организации медицинской помощи [2]. В ряде опубликованных трудов он высказывался, что РП является страной «без свободы и законов». Но, будучи истинным масоном и сторонником короля, проявлял заботу об улучшении ее экономического положения, так как она тогда находилась в кризисной ситуации. Им разработан ряд проектов, направленных на более широкое и эффективное использование природных ресурсов, улучшение животноводства и растениеводства. В связи с переводом в 1781 г. из Гродно в Вильно его ценные рекомендации не были полностью реализованы.

Масонская ложа «Счастливое освобождение» была не единственной в Гродно. Вторая ложа «Друзья человечества» («Pzyjaciele Ludzkosci») действовала с 1817 по 1821 г. В ней состояло 164 члена, в их числе было несколько медицинских работников [4].

Литература

1. Батяев, В.Ф. Развитие белорусских общественных объединений в XIX – 20-е годы XX века / В.Ф. Батяев. – Минск: Право и экономика, 2007. – 381 с.
2. Игнатович, Ф.И. Ж.Э. Жилибер и Гродненская медицинская академия / Ф.И. Игнатович // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – № 2. – С. 85-90.
3. Швед, В.В. Масоны і ложи на землях Беларусі (канец XVIII – першая чвэрць XIX ст.) / В.В. Швед. – Гродна, 2007. – С. 5-9, 30-31.
4. Швед, В.В. Урачы і аптэкары – члены гродзенскіх масонскіх ложаў (канец XVIII – пач. XIX ст.) / В.В. Швед, Ф.І. Ігнатовіч // История и современные проблемы лекарственного обеспечения населения. – Гродно, 2000. – С. 37-41.

5. Daszkiewicz, P. Polityka i przyroda: rzecz o Jean Emmanuelu Gilibercie / P. Daszkiewicz. – Warszawa: Neriton, 1995. – S. 4, 58.
6. Pergamentu katalogus / Sud. R. Jasas. – Vilnius: Masklas, 1980. – S. 483.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ И ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Камышников В.С.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Создание национальной научно-практической школы клинической лабораторной диагностики (лабораторной медицины) относится к периоду начала 30-х годов прошлого столетия, когда после реорганизации факультета БГУ в 1930 г в медицинский институт лабораторная база клиник расширилась и упрочилась. Были организованы биохимические лаборатории при кафедрах госпитальной терапии (заведующий профессор Ф.О.Гаусман), общей терапии (заведующий профессор С.М.Мелких), госпитальной хирургии (заведующий профессор М.П.Соколовский), кожно-венерических болезней (заведующий профессор А.Я.Прокопчук), детских болезней (заведующий профессор В.А.Леонов). Послевоенные годы ознаменовались формированием лабораторий клиничко-диагностического профиля при кафедрах пропедевтики внутренних болезней (заведующий академик И.Д.Мишенин), факультетской терапии (заведующий профессор В.И.Трусевич), психиатрии (заведующий профессор М.А.Чалисов).

До 1968 г. клиничко-лабораторная деятельность в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Белоруссии (как и иных республиках СССР) осуществлялась силами представителей других специальностей, сотрудниками иных подразделений медицинских учреждений.

Приказом МЗ СССР N 63 от 25.01.1968 «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию лабораторной клиничко-диагностической службы в СССР» предусмотрено создание клиничко-диагностических лабораторий (КДЛ) в лечебно-профилактических учреждениях.

Важной вехой в истории развития лабораторной медицины явилось создание республиканского научно-практического общества врачей-лаборантов (декабрь 1968 г.).

Большое значение в деятельности лабораторной службы нашей республики имело открытие на базе 4-й городской клинической больницы г. Минска республиканского организационно-методического и контрольного центра по лабораторному делу (РОМКЦЛД), весьма успешно функционировавший вплоть до 1993 г.

В 1993 году организован Республиканский центр клинической лабораторной диагностики (РЦКЛД).

С приобретением Белоруссией суверенитета сложилась система организационно-методического руководства службы, представленная Главным управлением организации медицинской помощи Министерства здравоохранения, отделом специализированной помощи МЗ РБ, Республиканским Центром клинической лабораторной диагностики (РЦКЛД), кафедрами клинической лабораторной диагностики БелМАПО и медицинских университетов, заведующими отделами лабораторных методов исследования Республиканских научно-практических центров и научно-исследовательских институтов, заведующими клиничко-диагностическими лабораториями и врачами лабораторной диагностики учреждений здравоохранения.

Своеобразной «точкой отсчета» в организации подготовки специалистов клинической лабораторной диагностики в республике явилось создание при БелГИУВ (ныне БЕЛМАПО) 20 апреля 1970 г. кафедры клинической лабораторной диагностики. На должность заведующего кафедрой был избран профессор В.Г.Колб, в тот период времени являвшийся старшим научным сотрудником, заведующим биохимическим отде-

лом Института туберкулеза МЗ БССР.

В течение около года после создания кафедры (в апреле 1970 г.) она располагалась на базе НИИ туберкулеза МЗ РБ, затем длительное время (с 1971 по 1987 гг.) — на базе Дорожной больницы Белорусской железной дороги, после чего — в корпусе здания ЦНИЛ БелМАПО (пос. Лесное, Боровляны).

Если на протяжении первых 25 лет основной «кузницей» кадров специалистов клинической лабораторной диагностики в Республике Беларусь была соответствующая кафедра БелМАПО (в прошлом — БелГИУВ), то в течение последних 15 лет достойный вклад в подготовку специалистов в области клинической лабораторной диагностики на додипломном уровне был внесен соответствующими курсами и кафедрами при Витебском, Гродненском и Гомельском государственных медицинских университетах.

Знаменательными событиями в «жизни» службы явились съезды врачей лаборантов (врачей лабораторной диагностики), а именно: 1-й съезд (20-21 мая 1975 г.), 2-й съезд (22-23 октября 1981 г.), 3-й съезд (3-4 октября 1986 г.), 4-й съезд (1992 г., Гродно), 5-й съезд (1997 г., Минск), 6-й съезд (27-28 ноября 2002 г., Брест), 7-й съезд (25-26 октября 2007 г., г. Минск).

Со времени введения на основании Приказа МЗ СССР N 63 от 25.01.1968 «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию лабораторной клинко-диагностической службы в СССР» должности «врача-лаборанта» претерпела изменение и штатно-кадровая структура клинко-диагностических лабораторий.

В соответствии с Постановлением МЗ РБ от 17 октября 2005 г. №38 «Об утверждении номенклатуры должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием организаций системы здравоохранения Республики Беларусь» введены новые должности — врача лабораторной диагностики по специальности «клиническая лабораторная диагностика» (наименование квалификации - врач лабораторной диагностики), а также должности «фельдшер-лаборант», «старший фельдшер-лаборант» по специальности «медико-диагностическое дело» (наименование квалификации «фельдшер-лаборант»).

Вскоре после образования кафедры клинической лабораторной диагностики БелГИУВ (БелМАПО) организована подготовка высококвалифицированных профессиональных кадров в области лабораторной медицины — путем обучения в клинической ординатуре и спецординатуре (для работы в странах Африки и Латинской Америки).

С 2001 г. в нашей республике осуществляется подготовка также научно-педагогических кадров высшей квалификации по специальности 14.00.46 (14.03.10) — клиническая лабораторная диагностика. Предпосылкой к этому было утверждение Президиумом ВАК в 1999 г. двух постоянных паспортов специальности 14.00.46 (в дальнейшем — 14.03.10) — клиническая лабораторная диагностика (по отрасли «медицинские науки» и по отрасли «биологические науки»), а также создание в Белорусской медицинской академии последипломного образования в начале 2001 г. совета по защите докторских и кандидатских диссертаций по специальности «клиническая лабораторная диагностика».

В настоящее время реализуется комплексный подход в решении проблемы повышения квалификации врачей-лабораторной диагностики, в котором отводится важное место не только вопросам их базового и дополнительного образования, но также аттестации специалистов на более высокую профессиональную категорию и подготовке кадров высшей научной квалификации по специальности «клиническая лабораторная диагностика», что не может не способствовать повышению качества осуществления лечебно-диагностического процесса в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСТОРИИ И ЭТИМОЛОГИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕКСИКИ

Капитула Л.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Историческим вопросам развития науки о лекарственных средствах для лечения зубных болезней и эволюции фармацевтической терминологии посвятили свои труды многие ученые. Наибольший интерес для нашего исследования представляют сведения из медицинских текстов, найденных среди сохранившихся древнейших памятников письменности, которые дают возможность проследить историю происхождения некоторых зубных болезней, а также названий лекарственных средств для их лечения. В античности не было учения о лекарствах, как самостоятельной науки. Врач и фармацевт выступали в одном лице. Первым систематизировал лекарственные средства и дал им названия выдающийся древнегреческий врач Гиппократ (V-IV вв. до н.э.). По свидетельству историков, у него было даже специальное сочинение под названием "Ta pharmaka" ("Лекарства"), которое, к сожалению, не сохранилось. В трудах Гиппократа впервые используется греческое слово pharmakéia – создание лекарств, лечение лекарствами, латинизированное позже pharmacia – фармацевтика.

В античных сочинениях первоначально вся фармацевтическая лексика представлена на латинском языке. Основы современной фармацевтической терминологии многих европейских языков начали закладываться только в эпоху Возрождения. Например, по данным этимологических словарей, термин pharmacie в медицинской терминологии французского языка впервые появился в 1314 г. В этом же году фиксируется современный французский термин médicament, применяемый для выражения понятия "лекарство" или "лекарственное средство". Он происходит от латинского medicamentum с тем же значением и известен со времен К.Цельса (I в. до н.э.) [5]. Подобный исторический путь прошли многие фармацевтические термины, среди которых названия лекарственных растений, их частей и продуктов первичной обработки, минерального и животного сырья.

Древняя медицина, будучи народной, использовала для лечения болезней полости рта преимущественно лекарственные средства растительного происхождения. Из числа анализируемой лексики следует выделить, прежде всего, названия лекарственных растений, корни, листья, цветки, кора, плоды, лепестки которых применяются для лечения болезней полости рта с глубокой древности. В качестве примера сравним названия лекарственных растений и их частей, используемые К.Цельсом и С.Ларгом (I в. до н.э.) [1; 2], а также указанные во французском рецептурном справочнике Р.Буассье и А.Буланда (начало XX в.) [3] и в новейшей французской стоматологической литературе [4]. Достаточно беглого ознакомления, чтобы убедиться в наличии одних и тех же терминов в трудах, которые разделяют многие столетия. Например: кора хинного дерева – écorce de quinquina (фр. écorce, от лат. cortex; фр. quinquina, из перуанского quichua, через исп. quina); корень валерианы – racine de valériane (фр. racine, от лат. radix; фр. valériane, от лат. Valeriana); корень дягиля – racine d'andéline (фр. angéline, от лат. Angelica, из греч. angelikos); листья шалфея – feuilles de sauge (фр. feuille, от лат. folium; фр. sauge, от лат. Salvia); плоды аниса – fruits d'anis (фр. fruit, от лат. fructus; фр. anis, от лат. Anisum, из греч. anison); плоды облепихи – fruits de hippophaë (фр. hippophaë, из греч. через лат. Hippophaë); семена белены – semences de jusquiame (фр. semence, от лат. semen; фр. jusquiame от лат. Hyoscyamus, из греч. – hyoskyamos – "свиной боб"); цветки ромашки – fleurs de pyrèthre (фр. fleur, от лат. flos; фр. pyrèthre, из греч. через лат. Pyrethrum) и др. [1; 2; 3; 4; 5].

Среди продуктов первичной обработки растений наиболее глубокие исторические корни имеют такие названия смолистых веществ растительного происхождения, как мирра (фр. myrrhe, от греч. myrrha – древесная смола); камедь или камедистая смола (фр. gomme, от греч. kommi, через лат. gummi=commi); гудрон (фр. goudron, от арабского gatran или gatiran) и др. [5]. Примеры из справочной литературы по стоматоло-

логии свидетельствуют, что мирра используется в настоящее время, как и в древности, в составе некоторых зубных порошков. Камедистая смола употреблялась как связующее средство в составе первых известных пломбировочных материалов растительного происхождения. Гудрон входит в состав одного из самых эффективных антисептических средств под названием "Роклевы жидкости" ("Les liquides Rockl's") [3;4].

В зубоврачевании во все времена большой популярностью пользовались различные масла (фр. *huile*, от лат. *oleum*) и особенно эссенции или летучие эфирные масла (фр. *essence*, от лат. *essentia* - сущность) [5]. Примерами наиболее часто употребляемых в стоматологии масел и эссенций, которые издавна предназначались для приготовления зубных эликсиров, зубной воды и других стоматологических лечебных средств, являются следующие: масло из корицы - *huib de canelle* (фр. *canelle*, от лат. *Cinnamona*); гвоздичное масло - *huile de girofle* (фр. *girofle*, из греч. *karyophyllon*, через лат. *caryophyllon*); мятное масло - *huile de menthe* (фр. *menthe*, из греч. *minthe*, через лат. *Mentha*); эссенция бергамота - *essence de bergamote* (фр. *bergamote*, от итал. *bergamotta*, из турецкого *beg-armâdê* - груша властителя, либо от названия турецкого города *Bergama*); эссенция ложечной травы - *essence de cochléaria* (фр. *cochléaria*, от лат. бот. *cochlearis* - ложечный) и др. [3;5].

К числу продуктов первичной обработки растений относятся выделенные из них соки (фр. *jus*, от лат. *jus* - суп, похлебка). Особое место в этом ряду принадлежит опиуму или млечному соку незрелых семенных коробочек мака, употребляемому с древних времен в качестве наркотического средства. Латинское название *opium* впервые встречается у С.Ларга, который рекомендовал его при сильных зубных болях [2]. Во французской медицинской лексике термин *opium* (от лат. *opium*, из греч. *opion* - маковый сок) появился в XIII в. и встречается чаще всего в терминологических словосочетаниях, обозначающих сухой опий - *opium séché*, дистиллированная опийная вода - *eau distillée d'opium* и др. [3; 4; 5].

Из смеси растительного сырья (опиума, белены и различных смолистых веществ) в течение нескольких веков для пломбирования зубов применяли так называемый "териак". По этимологическим данным, в латинском языке термин *theriaca* - териак или лекарство против укуса змей, встречается у С.Ларга [2]. Во французской терминологии термин *thériaque* появился около 1100 г. (от греч. *thériacos*, через лат. *theriaca*) [5]. Для пломбирования кариозных полостей применялась также смесь из растительного сырья (камедистой смолы, опиума и перца) под названием "мастика". Во французской стоматологической лексике термин *mastic* (от греч. *mastikhê*, через лат. *masticum*) появился в XIII в. [5].

Сравнительно немногочисленные названия лекарственного сырья минерального и животного происхождения также уходят своими корнями в античность. Историками описано применение древними народами меда, рыбьего жира, гуммилака, кремнезема, пемзы, которые нашли свое языковое выражение спустя столетия. Так, слово *miel* - мед (из лат. *mel*) появилось во французском языке в X в.; термин *silice* - кремнезем (от лат. *silex* - твердый камень) - в 1787г.; минеральное сырье *pierre ponce* - пемза (фр. *pierre*, из греч. *petra*, через лат. *petra*; фр. *ponce*, от лат. *pumex* - пористый камень) - в 1361г.; животное лекарственное сырье *laque carminée* - гуммилак или смола, выделяемая насекомыми, обитающими на тропических растениях (фр. *laque*, из арабского *lakk*, через итал. *lassa*; фр. *carminé* - ярко-красный, из арабского *girmiz*) - в XVIII в. [5]. Важным моментом для нашего исследования является то, что эти термины широко применяются в современной французской стоматологической литературе, так как минеральное и биологическое сырье, которое они обозначают, по-прежнему употребляется для лечения и профилактики болезней полости рта. Так, на страницах рецептурного справочника Р.Буасье и А.Буланда встречаются названия *huile de foie de morue* - масло печени трески, *miel rosat* - розовый мед или смесь меда с настойкой роз, *mile blanc* - белый мед и др. [3].

Анализ современной французской стоматологической литературы показал широкое применение древнейших названий лекарственного сырья растительного, животного и минерального происхождения наряду с более совершенными наименованиями лекарств. Характерно, что специфика образования новых лекарственных средств и препаратов заключается в использовании корней и основ, как правило, греческого и

латинского происхождения. Возьмем современные названия зубного геля “Fluogel” и зубных паст “Bifluor”, “Elhyfluor”, “Pâte dentifrice au fluor” [4]. При сопоставлении терминов-наименований паст, геля и их ингредиентов (fluorure de sodium, monofluorophosphate de sodium) очевидна общая латинская основа “fluor” во всех лексических единицах.

Таким образом, этимологические данные свидетельствуют о том, что фармацевтические стоматологические термины образуются преимущественно на базе латинских и греческих словообразовательных элементов. Активное многовековое воздействие этих классических языков на формирование исследуемой лексики оказало благотворное влияние на создание ее современного терминологического ядра, которое состоит из достаточного количества узкоспециальных терминов (33%), что позволяет считать стоматологическую фармацевтическую терминологию самостоятельной медицинской подсистемой, отражающей развитие и сущность научных знаний этой отрасли.

Литература

1. Шегя Д.Г. Фармацевтическая терминология Авла Корнелия Цельса / Д.Г.Шегя // Іноземна філологія: респ. міжвід. наук. зб. - Львів, 1987. - Вып. 85. - С. 64-69.
2. Шегя Д.Г. Фармацевтическая терминология Скрибония Ларга / Д.Г.Шегя // Іноземна філологія: респ. міжвід. наук. зб. Львів, 1983. Вып. 70. - С. 55-61.
3. Boissier R. Formulaire thérapeutique odontostomatologique / R.Boissier, A.Boulard. - Paris: L'expansion scientifique française, 1931. - 390 p.
4. Compendium. Dixième édition. – Bruxelles: Association générale de l'industrie du médicament, 1992. - 1358 p.
5. Dubois J. Dictionnaire étymologique et historique du français /J.Dubois, H.Mitterand, A.Dauzat. - Paris: Larousse, 2007. - 893 p.

РАЗВІЦЦЁ БЕЛАРУСКАЙ МЕДЫЦЫНЫ СА СТАРАЖЫТНАСЦІ ДА НОВАГА ЧАСУ

Карнацкая В.І.

УА «Беларускі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»

Медыцынскія і гігіенічныя веды зарадзіліся на самых ранніх этапах існавання чалавека (у Вавілоне, Егіпце, Індыі, Кітаі, Грэцыі, Блізкім Усходзе і інш.).

Медыцына Беларусі мае таксама даволі багатую гісторыю, самабытныя народныя традыцыі, якія выкарыстоўваліся нашымі продкамі на працягу некалькіх тысячагоддзяў іх існавання. Дзякуючы археалагічным, памантрапалагічным і палеапаталагічным даследаванням, назапашаным нашымі вучонымі, мы маем магчымасць меркаваць аб фізічным здароўі старажытных людзей беларускай зямлі, іх хваробах, лекарскіх прыёмах, гігіенічных сродках.

Народная медыцына Беларусі назапасіла дастаткова звестак аб розных гаючых сродках, лекавых раслінах, гігіенічных навыках і іх практычным прымяненні для захавання здароўя, папярэджвання і лячэння розных хвароб. Яны перадаваліся вусна з пакаленняў у пакаленні, што адлюстравалася ў народных звычаях, прыказках, прымаўках, паданнях, а пазней, са з'яўленнем пісьменнасці, было замацавана ў зборніках беларускага фальклору, “Траўніках”, “Лячэбніках” і інш.

Становішча медыцыны заўсёды вызначалася ўзроўнем развіцця грамадства. У першабытных людзей ён быў вельмі нізкім. Іх жыццё поўнасцю залежыла ад прыроды, яе з'яў і наступстваў для здароўя. Бездапаможнасць перад сіламі прыроды, немагчымасць растлумачыць тыя, ці іншыя з'явы і звязаныя з імі захвораванні і урэшце смерць – вялі да ўяўлення аб злых духах, якія пасяліліся ў арганізме чалавека. Для барацьбы з імі выкарыстоўвалі прымітыўныя спосабы лячэння, якія суправаджаліся рознымі рытуаламі, магічнымі дзеяннямі знахараў, шаманаў, чарадзеяў. Знахарства было пад уплывам рэлігійнай медыцыны, дзе уладарыла вера ў паходжанне ўсіх хвароб ад злых духаў. З дапамогай заклінанняў, малітваў, замоваў старажытныя жрацы выганялі іх з цела чалавека. У беларусаў захавалася шмат замоваў: ад ліхаманкі, лішая, скулы,

залатухі, каўтуна, зубнога болю, ляку, шалу, змяінага укусу, кровацячэння, ліхога вока, злога духа, нячыстай сілы і г.д. Так узнікалі зачаткі псіхатэрапіі.

Шмат паданняў і легенд Беларусі прысвечана язычніцкім багам (Дажбог, Святавіт, Ярыла, Вялес, Цётка, Пярун і г.д.), што ўвасаблялі розныя з’явы прыроды, гаспадарчую дзейнасць, ад якіх залежала здароўе і жыццё людзей. Як жывая істота карміцелька і маці-парадзіха ўспрымалася ў народзе зямля, а таксама сонца, агонь, вада. Ім пакланяліся, шанавалі, рабілі ідалаў. У Рэспубліканскім музеі медыцыны экспануецца выява – старажытнаіндаеўрапейскай багіні Мары, абаронцы жанчыны-маці і навароджаных дзяцей, знойдзенай пры раскопках на нашай зямлі. Есць там амулет “Конік”, што сімвалізаваў жыццё, медальён “Змеявік” ад 13 хваробаў і інш. Але сувязь знахарства і старажытных вераванняў з лекарскай справай тут не была ўсебаковай.

Народная медыцына дасягнула значнага ўзроўню, хоць і насіла эмпірычны характар. Для лячэння агульных і хірургічных захворванняў выкарыстоўваліся разнастайныя лекі расліннага, жывельнага і мінеральнага паходжання. Нашы продкі жылі па прынцыпу, які згадвае беларуская прымаўка: “што ў лесе родзіцца, у хаце знадобіцца”. Бярозавым сокам лячылі гнойныя раны, палын ужывалі пры захворванні ліхаманкай, дёгач – як дэзінфекцыйны сродак і г.д.

Лекары ўжывалі і хірургічныя метады: трэпаначую чэрапа, у выпадку цяжкіх родаў – кесарава сячэння і эмбрыатамію, упраўлялі вывіхі, умелі лячыць пераломы касцей. Аб гэтым сведчаць экспанаты Рэспубліканскага музея гісторыі медыцыны, знойдзеныя пры раскопках магільнікаў або гарадзішчаў на Беларусі: сцегневая костка, вылечаная пасля дваінога пералому, паспяховае загойванне пералому касцей прадплечча (X – XIII ст.ст); трэпаначыя мужчынскага чэрапа з ніжняй сківіцай і пломбаў зуба (XIII – XIV ст.ст. і інш.).

Як сведчаць летапісы, у старадаўнія часы тут ведалі і лячылі г. зв. прыкарчэнні (артрыты, астэахандрозы), удушша (астма), ківанне долу (дрыготкі параліч), г. зв. дно (жоўцекамянёвая хвароба і нырковая коліка).

Асобая ўвага надавалася барацьбе з морам (розныя эпідэмічныя хваробы). Летапісец згадвае пра мор ў Полацку 1092 г. Нашы продкі здаўна ўмелі спраўляцца з эпідэміямі. Для барацьбы супраць іх выкарыстоўвалі каранціны, ізалявалі хворых, спальвалі іх вопратку і трупы памерлых, хавалі асобна. З мэтай прафілактыкі і лячэння многіх хвароб выкарыстоўвалі лазні, ужывалі іншыя патагонныя меры: абкладвалі хворых гарачай цэглай, абкурвалі памяшканні ядлоўцам, паляпшалі вадазабеспячэнне, масцілі вуліцы і дарогі.

З прыняццем хрысціянства і яго распаўсюджваннем у Еўропе медыцына стала падуладнай хрысціянскай царкве. Першыя бальніцы і шпіталі былі створаны пры манастырах Францыі і Італіі, яшчэ ў раннім сярэднявеччы.

На беларускіх землях хрысціянства было прынята ў канцы X ст. На жаль, Полацкі летапіс быў страчаны пад час войнаў з Масковіяй, а іншыя крыніцы не захавалі звестак аб наяўнасці тут у XI – XIII ст.ст. бальніц ці шпіталяў. Але знойдзеныя ў Полацку, Тураве, Пінску скальпелі, пінцэты, нажніцы і іншыя медінструменты, датуемыя X – XII ст., даюць падставы лічыць, што тут яны ўсе ж існавалі. Магчыма ў іх стварэнні прымалі ўдзел знакамітыя асветнікі князеўна-ігумення Еўфрасіння Полацкая і епіскап Кірыла Тураўскі.

Вядома, што з XII ст. царкоўныя саборы дазвалялі манахам лячыць людзей, але забаранялі ўсю хірургічныя аперацыі, звязаныя з выкарыстаннем скальпеля (нажа), або прыпяканнем. Часта манахі-хірургі, шкадуючы параненых і хворых, парушалі прынятае рашэнне. Але з пачатку XIII ст. забарона была катэгарычнай пад пагрозай адлучэння ад царквы. Апраўдвалася гэта тым, што хрысціянству непрымальна праліцце крыві, і цела чалавека павінна быць недатыкальным для хірургічнага ўмяшальніцтва. Так урачы-хірургі былі пастаўлены па-за медыцынскай навукай і практыкай. Студэнты ствараемых з XIII ст. універсітэтаў былі пазбаўлены магчымасці займацца хірургіяй, якая лічылася “ніжэйшай прафесіяй”. Ва ўніверсітэтах сярэднявечча панавала схаластычная медыцына. А паколькі ў XII – XIII ст. вялося шмат войнаў з вялікай колькасцю параненых, то патрэба ў практычнай хірургіі значна ўзрастала. І яе пачалі аказваць кастаправы і практыкі-цырульнікі. У вайсках нямецкіх гарадоў іх называлі фельдшарамі (ад ням. палявыя ножніцы). Пазней гэта назва прыйшла і на Беларусь.

Беларуская медыцына, хоць і не атрымала той багатай спадчыны, якую мелі Грэцыя, Італія, Францыя, шэраг арабскіх краін, але і яна развівалася не на пустым месцы, а была цесна звязана з еўрапейскай, асабліва ў эпоху росквіту ВКЛ (XV – XVI ст.ст.), эпоху Адраджэння і гуманізма.

На Беларусі па-ранейшаму існавалі 3 формы лячэбнай дапамогі: у хаце хворага, на кватэры лекара і ў спецыяльных лячэбніцах, часцей пры манастырах. Але эпоха Адраджэння прынесла і значныя змены ў развіцці медыцынскіх ведаў: вынаходніцтва мікраскопа прывяло да перавароту ў біялогіі (адкрыццё клеткі), знята забарона з навуковых даследаванняў цела чалавека і яго псіхікі, лекарам атрымалі магчымасць анатаміраваць трупы, шырокае распаўсюджванне атрымала свецкая медыцына.

З XV ст. на беларускіх землях з'явіліся свецкія прафесійныя лекарам, выпускнікі медфакультэтаў Падуанскага, Гальскага, Празскага, Кракаўскага і іншых універсітэтаў. Дакументальна вядома, што яшчэ ў 1397 г. у Празе пры медфакультэце універсітэта вучылася зямляцтва беларусаў. Знакаміты Ф. Скарына ў 1512 г. атрымаў званне доктара медыцыны ў Падуанскім універсітэце. Гісторыя згадвае, што яшчэ 17 беларусаў атрымалі званне доктара медыцыны толькі на пачатку XVI ст.

Вяртаючыся на радзіму, яны адкрывалі тут бальніцы і шпіталі, дзе з поспехам выкарыстоўвалі набытыя ў Еўропе веды. На будаўніцтва і ўтрыманне медыцынскіх устаноў значныя сродкі выдзяляла дзяржава, гарадскія магістраты, а таксама асабістыя ахвяраванні вялікіх князёў літоўскіх, магнатаў, рэлігійных структур. У 1495 г. у Брэсце, а потым і ў многіх іншых гарадах узніклі першыя стацыянарныя шпіталі для лячэння бедных і састарэлых. У XVI ст. амаль усе буйныя гарады Беларусі мелі такія шпіталі, нават па некалькі: да пачатку XVII ст. у Магілёве іх было ўжо 13. Першыя аптэкі тут з'явіліся ў 1550 г.

Нягледзячы на развіццё шпітальнай сістэмы, яна не стала асноўнай у аказанні медыцынскай дапамогі насельніцтву ВКЛ. Шпіталі існавалі ў гарадах і часткова ў мястэчках, а большасць жыхароў былі вяскоўцамі, якіх лячылі цырульнікі-хірургі. Іх тут называлі бельверамі, а з XVII ст. – фельчарамі.

Цырульнікі не толькі стрыглі, галілі, рабілі манікюр і педыкюр, але і розныя хірургічныя аперацыі: ампутацыю канечнасцей, выпраўленне вывіхаў, накладванне шын на пераломы, вымалі асколкі з ранаў, зашывалі раздробленыя часткі цела і інш. Антысептычным сродкам для прамывання ран часта быў разведзены воцат і прысыпка камфарным парашком.

Цырульнікі-хірургі аб'ядноўваліся ў цэхі, мелі свае знакі адрознення – гербы, пячаткі. У канцы XVI ст. на беларускіх землях існавала больш за 150 такіх цэхаў у 40 гарадах і мястэчках і 33 аптэкі. Звычайна цэх меў 7-8 майстроў, 7-9 падмайстраў і 14-16 вучняў (хлопцаў). Навучанне апошніх вялося на працягу 3 год у розных майстроў-лекараў і заканчвалася здачай экзамена, які ўключаў тэарэтычныя веды і практычныя навыкі.

У XIV – XVI ст. у ВКЛ, як і па ўсёй Еўропе, перыядычна распаўсюджваліся эпідэмічныя захворванні воспы, чумы, халеры. Пад час эпідэміі зачыняліся вароты горада, забараняліся ярмаркі, сходзі. Прызначаныя магістратам санітарныя наглядальнікі сачылі за выкананнем усіх гігіенічных мерапрыемстваў па барацьбе з заразнымі хваробамі, для папярэджання іх распаўсюджвання ўлады ВКЛ выдавалі спецыяльныя прывілеі і інструкцыі аб паводзінах жыхароў падчас узнікнення эпідэміі. Захавалася Інструкцыя Вялікага князя Жыгімонта I, а таксама прывілей каралевы Боны Сфорцы ад 1566 г. аб санітарна-гігіенічным стане жыхароў горада Гродна і іх водазабеспячэнні.

Вялікія князі літоўскія і большасць беларускіх магнатаў мелі не толькі ўстойлівыя палітычныя адносіны з еўрапейскімі краінамі і іх элітай, але і роднасныя сувязі. Гэта давала магчымасць запрашаць у свае палацы і маёнткі вядомых замежных лекараў. Так, жаніцьба ўладара ВКЛ і Польшчы Жыгімонта I Старога на міланскай герцагіні Боне Сфорцы паспрыяла прыезду на беларускія землі знакамітых італьянскіх урачоў Дж. Паламечці, Дж. Валянціна і інш. Яны ўзбагалі мясцовых лекараў заходнееўрапейскімі ведамі і вопытам дыягностыкі у лячэнні хворых.

Каштоўныя веды па медыцыне нашы ўрачы атрымлівалі і з твораў антычных грэцкіх, рымскіх, арабскіх і іншых медыкаў і філосафаў.

Такім чынам, беларуская медыцына разглядаемага перыяду амаль ні ў чым не саступала еўрапейскаму ўзроўню і развівалася аднолькавымі шляхамі.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ В БАШКИРСКОЙ АССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Киньябулатов А.У., Шарафутдинова Н.Х., Павлова М.Ю., Киньябулатова А.А.

Башкирский государственный медицинский университет (Россия)

Для активизации помощи госпиталям общественные организации проводили так называемые «Недели помощи госпиталям», в которых, по самым скромным данным 1944 г., участвовали 1500 активистов-шефов. В дни их проведения колхозники везли, отрывая из своего не очень богатого рациона, всевозможные овощи, свежее молоко и сметану, масло, творог, яйца, знаменитый башкирский липовый мёд и кумыс. Большим событием ежегодно для взрослых и детей республики становились отправка для раненых различных подарков. Девушки вышивали для раненых кисеты для табака, вязали тёплые перчатки и носки, шарфы и свитера, писали коллективно не менее согревающие душу бойца и командира письма. Всезнающая статистика подсчитала, например, что в течение первого года войны раненым, находящимся на излечении в госпиталях Башкортостана было подготовлено и вручено подарков на сумму свыше 1 млн рублей. Многие жители Уфы и других поселений покупали на собственные сбережения книги, музыкальные инструменты, настольные игры и приносили, привозили, посылали посылкой в госпиталь. Известные артисты башкирских драматических театров, филармонии и известные на весь Союз народные артисты Любовь Орлова, Сергей Образцов, украинские солисты театра оперы и балета выступали перед ранеными в госпиталях г. Уфы и других городов.

Железная необходимость своевременной подготовки боеспособных защитников Отчизны заставляла медиков-организаторов быть требовательными до строгости соблюдения лечебного и внутрислужебного режима госпиталей. Коллективы госпиталей подчинялись строгому алгоритму распорядка дня, выполнения лечебных процедур, оптимального корректирования врачебного назначения после обходов с учёными-консультантами, совершенствовали уход за ранеными. Ежемесячно военный комиссар каждого эвакогоспиталя отчитывался перед военкомом эвакоуправления №97.

Отчёт был в форме подробного донесения о работе за текущий период, анализировались количественное и качественное состояние раненых и больных, степень эффективности лечения, докладывалось о хирургических операциях, числе умерших и причинах смерти.

Чтобы раненые не отрывались от общих забот страны и армии, в госпиталях была хорошо поставлена информационная работа о положении дел на фронтах, в стране и за рубежом. Эвакогоспитали были радиофицированы, обеспечены достаточным количеством газет и журналов, в них работали библиотеки, демонстрировались кинофильмы, выпускались силами медицинского персонала и раненых боевые листки и стенные газеты. В госпиталях с первого дня их открытия функционировали перичные партийные и комсомольские организации, коммунисты становились на учёт в райкомах и горкомах партии. Это способствовало тому, что раненые рядовые и офицеры не теряли интереса к повседневным делам, не отчуждались от забот народа, а вышестоящие партийные организации получали правдивую информацию о настроениях воинов, о необходимой помощи госпиталям для принятия конкретных управленческих решений и постановки тех или иных вопросов перед вышестоящими хозяйственными, политическими и военными органами. Летом 1942 г. в партийных организациях госпиталей БАССР насчитывалось 250 членов и кандидатов в члены партии.

За годы войны, как свидетельствует статистика, в госпиталях республики было проведено более 5 тысяч концертов и свыше 16 тысяч киносеансов, прочитано 8 тысяч лекций и докладов.

Успешный ход лечения, конечно же, был невозможен без калорийной, разнообразной, вкусно приготовленной пищи. Для обеспечения продовольствием госпиталей Башсовнарком опирался на колхозы и совхозы всех сельских районов республики. Интересным, плодотворным был собственный опыт госпиталей по созданию подсобных хозяйств. Для этого были созданы надлежащие условия: выделены земли, техника, гужевой транспорт, семена. И, нужно сказать, что надежды оправдались уже в 1942 г., когда подсобные хозяйства обеспечили потребности госпиталей в овощах и картофеле (было собрано 449 тонн). Они сумели вырастить и убрать около 150 тонн зерновых культур.

Кратко обобщая вышесказанное, мы можем резюмировать, что в Башкирской АССР, выполняя решения ГКО СССР, Совета Народных Комиссаров, партийных и советских органов по формированию на территории республики эвакуогоспиталей руководство республики, НКЗ БАССР мобилизовали все имеющиеся трудовые и материальные ресурсы для своевременного оперативного развертывания эвакуогоспиталей, рациональному их размещению в лучших зданиях гг. Уфы, Стерлитамака, Ишимбая и др. Велась постоянная планомерная работа всех партийных, государственных и хозяйственных органов по оказанию госпиталям необходимой помощи медицинскими кадрами, материальными ресурсами, привлечение к работе эвакуогоспиталей выдающихся деятелей медицинской науки из состава эвакуированных в Уфу научно-исследовательских и учебных институтов гг. Москвы, Киева и др. Очевидна умелая организация содружества науки с клинической базой госпиталей, учёных-медиков с практическими врачами, создание новых эффективных подразделений в системе медицинского управления (Комитета по оказанию помощи, отдела госпиталей в НКЗ БАССР), привлечение к работе эвакуогоспиталей широких масс республики, которые с энтузиазмом, большим желанием шефствовали над каждым госпиталем и над каждым тяжелораненым бойцом и командиром, снабжая госпитали продуктами питания, топливом, транспортом, окружали их человеческой лаской и добротой. Всё это не могло не отразиться в высоких показателях качества лечения, т.е. возвращения бывших пациентов госпиталей в короткие сроки в ряды действующей армии.

Так, например, врачи и медицинские сестры госпиталя №1741 своим самоотверженным трудом, применяя самые активные методы лечения, используя лекарственные средства, полученные в научно-исследовательских институтах (цитотоксической сыворотки академика А.А. Богомольца) добились того, что в одном из самых больших госпиталей республики средний срок пребывания раненых и больных равнялся от 21 до 28 дней, а процент пригодных к строевой службе увеличился от 51,5% до 55%.

Другой анализ был сделан ещё в 1944 г. в «Докладе Госпитального отдела «О выполнении постановления приказа №341 СНК РСФСР и приказа №37 НКЗ РСФСР. Цифры обоих анализов фактически очень близки и корректно использовались. (Камильянов М.Я. Военно-организаторская работа в Башкирии в годы Великой Отечественной войны. - Уфа: Восточный университет, 1998, с.94).

Исследователь М.Я. Камильянов в указанной книге соглашается с приведённой цифрой, которую называет А.А.Кулагина в книге «Эвакогоспитали Башкирии в годы Великой Отечественной войны. Уфа, 1988, с.11). Он пишет: «За четыре года войны в госпиталях нашей республики находилось на лечении и реабилитации 299.805 раненых и больных (Указ. Соч., с.93). Несколько иной цифрой оперируют авторы книги «История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917-1980). Уфа. Башкиргоиздат, 1981, с. 97). Они считают, что вышеназванный показатель равен цифре 249.805 (т.е. на полсотни тысяч меньше). Думается, что разница в 50 тысяч, конечно, существенна, но последняя цифра А.А. Кулагиной, М.Я. Камильянова и др. округлено равная 300 тысяч человек получена вышеназванными исследователями после более тщательного подсчёта и вполне реальна, т.к. если в 1981 году авторы считали, что «на территории Башкирской АССР было сформировано 58, а дислоцировалось 56 эвакуогоспиталей с общим количеством коек 22500, то в 1996 г. в книге «Башкортостан. Краткая энциклопедия. Уфа, 1996» количество эвакуогоспиталей доводится до 63 единиц, там же заявляется, что «свыше 70% раненых и свыше 90% больных были возвращены в строй».

Особое обсуждение о количестве эвакуогоспиталей в годы Великой Отечественной войны нашло отражение в работе III международного съезда (конфедерации) историков медицины в г. Москве в 2009 году. Нам кажется, что при оценке эффективности лечения нужно исходить из следующего: эвакуогоспитали, расположенные на территории Башкирской АССР, являлись по классификации, используемой Е.И.Смирновым в книге «Война и военная медицина», госпиталями глубокого тыла, которые различались от фронтовых и армейских госпиталей, от госпиталей легкораненых и больных, которые находились в них длительное время. Многие из них заранее, уже в момент поступления, были обречены на увольнение в запас в виду ампутации конечностей, получения инвалидности из-за неизлечимых нарушений мозга и других органов и систем. Об этом свидетельствуют высокие показатели цифр с пометкой «уволнен в запас и по чистой». В 1941-42 гг. он равнялся 37,6%, в 1942-1943 гг. - 50,4%, в 1943-1944 гг. - 55,8%, в 1944-45 гг. - 77,7%. Средний результат по данному показателю составил 51,7%, поэтому не нужно стараться (как это все-таки пытаются сделать некоторые исследователи этой проблемы) завышать число возвращенных в действующую армию. Во-первых, в целом по стране показатель возвращенных равнялся не более 70%, как декларативно утверждали в последние годы, а был чуть выше 56%. Главным показателем, который был достигнут именно благодаря самоотверженному труду врачей и медсестёр, медсанитаров и всего персонала госпиталей Башкирии, является показатель того, что более 99% раненых и больных в госпиталях нашей республики была сохранена жизнь, смертность в самый тяжелый 1941 год равнялась 0,4%, в остальные годы не превышала 0,7% от общего количества раненых и больных. В госпиталях Башкирии коечная сеть составляла за все годы 22500 единицы. Из-за специфики больных и раненых в Башкирию отсылали как из армейских и фронтовых госпиталей, так и тыловых госпиталей ряда центральных, северо-западных, западных районов тех, кого они уже посчитали не поддающихся лечению, там их не комиссовали, а отправляли в тыловые восточные госпитали, чтобы комиссовать больного туберкулезом, или парализованного раненого в результате черепно-мозговой травмы и др. Вот что пишет начальник ВСУ генерал Е.И. Смирнов: «В числе 155.317 свободных коек на внутреннем районе было 46670. В числе 155317 свободных коек во фронтовом районе 30.000 находилось в Ленинграде, 15.000 — в Закавказье, 5000 — в Архангельской области и 16.000 — Астрахани. Из 46.670 коек во внутреннем районе (тыловом районе) не было ни одной свободной койки в эвакуогоспиталях Вологодской, Кировской, Горьковской, Саратовской областей, Удмуртской АССР, Башкирской АССР, Омской и Пермской областей» (Е.И. Смирнов. Война и военная медицина 1939-1945 годы (мысли и воспоминания). М., Медицина, 1976, с.193).

Из данного отрывка этой интересной и глубокой книги становится более понятной ситуация, почему в некоторых госпиталях целых районов (например, в Закавказье, 15.000!!!) много свободных мест и показатель возвратившихся на фронт приближается к 80%, тогда как в Приволжских и Уральских областях и автономных республиках в эвакуогоспиталях нет «ни одной свободной койки» и чуть ли не каждый второй (51,7%) увольняется в запас и «подчистую».

Сколько же солдат и офицеров вернулись в ряды действующей армии после окончания лечения в наших госпиталях? Вопрос также не праздный. В разных источниках и в разные годы называются слишком завышенные цифры, то они скромно уменьшаются. Давайте вместе подсчитаем. Мы доказали, что количество прошедших лечение и реабилитацию в наших эвакуогоспиталях равно 300 тысяч солдат и офицеров, а процент выздоровевших и ушедших в отпуск равен почти общесоветскому показателю (56%), то оказывается, что 150-170 тысяч воинов, подлечившись и отдохнув, почувствовав великое единение, и веру в Победу, снова встали в ряды защитников нашей Родины. Таков вклад тех врачей, медицинских сестёр, санитаров эвакуогоспиталей Уфы, Стерлитамака, Ишимбая, Белебея, Шафраново, Раевки и их заботливых шефов в лице коллективов промышленности, профессоров и студентов вузов, пионеров и школьников в Великую Победу над фашизмом и мракобесием.

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Киньябулатов А.У., Шарафутдинова Н.Х., Павлова М.Ю., Аминов Т.З.

Башкирский государственный медицинский университет (Россия)

Становление и развитие Башкирского государственного медицинского университета связано с именами наших учителей, организаторов учебного, научного и лечебного процессов, которые, несмотря на тяготы и лишения, героически и самоотверженно создали прекрасное образовательное учреждение, которое теперь носит название Башкирский государственный медицинский университет.

После получения разрешения Наркомздрава РСФСР в 1931 г. в Уфе создается организационный комитет по созданию медицинского института в составе 3 х человек: заместителя наркома здравоохранения БАССР В.Ф. Мусихина, И.И. Геллерман и В.М. Романкевич. Положительно рассмотрев ходатайство республики, Совет Народных Комиссаров РСФСР своим Постановлением № 289 от 25 марта 1932 г. предусматривает открытие в 1932 г. в Уфе медицинского института. Оргкомитетом проводилась большая работа по изысканию, ремонту и приспособлению учебно-вспомогательных зданий, приобретению необходимой мебели, книг, лабораторного оборудования. Постановлением СНК БАССР от 1 августа 1932 г. под учебное помещение мединститута и рабфака при нем был предоставлен второй этаж с полуподвальным помещением основного здания ФЗО по ул. Фрунзе, 47. В последующем все здания этой школы (8 комнат) были переданы в распоряжение института, где разместились дирекция института, библиотека и первые кафедры. 15 ноября 1932 г. состоялось торжественное открытие медицинского института, и начались учебные занятия с первыми студентами. В начале 30-х годов в Башкирской АССР успешно функционировали 8 институтов медицинского профиля: 1) НИИ социалистического здравоохранения и гигиены БНКЗ (расформирован в результате репрессий руководства), 2) Башкирский государственный медицинский институт (ныне БГМУ), 3) Уфимский научно-исследовательский трахоматозный институт (ныне Уфимский НИИ глазных болезней), 4) Башкирский научно-практический туберкулёзный институт (перепрофилирован в Республиканский противотуберкулёзный диспансер), 5) Башкирский научно-исследовательский институт кожных заболеваний (перепрофилирован в Республиканский кожно-венерологический диспансер), 6) Башкирский областной санитарно-бактериологический институт (ныне филиал «Иммунопрепарат» ФГУП «НПО «Микроген» МЗСР РФ), 7) Физиатрический институт (который стал базой для кафедры нервных болезней), 8) медицинский отдел Башкирского НИИ. Кроме институтов медицинского профиля, действовал Уфимский физический институт, в котором велась большая научная работа по медицинской физике (в 20-е гг. заместителем директора института был Леонид Леонидович Васильев, будущий член-корреспондент АМН СССР). В конце 30-х годов начались политические репрессии по всей стране, в т.ч. и в Башкирской АССР. Многие руководители были репрессированы, например, первый директор БГМИ С.М.Трайнин, нарком здравоохранения и директор НИИ социалистического здравоохранения и гигиены Башнаркомздрава К.Х. Ишмухаметов и др. Большую роль в организации БГМИ сыграл НИИ социалистического здравоохранения и гигиены Башнаркомздрава, который после ареста его директора был расформирован в конце 30-х гг., большинство его сотрудников перешли работать в БГМИ и лечебные учреждения г. Уфы. Весной 1933 г. медицинский институт получил для развертывания кафедр здание средней школы по ул. Фрунзе, №47 (бывшей мужской гимназии) и имевшиеся при нем 3 флигеля. Институт быстро становился научным учреждением. С 1938 г. было начато издание сборников научных трудов института, а с 1939 года — проведение общеинститутских научных конференций. В день вероломного нападения немецких захватчиков на Советский союз институт завершал девятый учебный год. С 23 июня 1941 г. началась быстрая перестройка жизни института на военный лад. Впервые же дни войны были призваны в ряды армии часть военнообязанных преподавателей, хозяйственного и вспомогательного персонала. Помогая Родине, институт освободил в июле биофизиологический корпус, студенческое общежитие №2

для эвакогоспиталей. С августа 1941 г. начался новый учебный год с сокращением срока обучения до 4-х лет. В конце октября 1941 г. на базе нашего института был размещен эвакуированный в г. Уфу 1-й Московский медицинский институт со студентами и профессорско-преподавательским составом в общем числе до 600 человек. За годы Великой Отечественной войны институт сделал пять выпусков (с 7 по 11 й — всего 905 врачей). Более 1000 воспитанников института свято выполнили свой долг на фронтах войны и по окончании войны вернулись на работу в учреждения здравоохранения республики. Но не все вернулись — 63 из них погибли, отдав свою жизнь за свободу и честь нашей родины. На войне погибло 88 медиков из Башкортостана. Многие участники Великой Отечественной войны отмечены орденами и медалями. В 1944 г. в Башкирии вспыхнула эпидемия мало изученной септической ангины. Большой вклад в борьбе с этой эпидемией внесли ученые института: профессора Е.Ш. Губарев, С.З. Лукманов, С.В. Михайловский, Н.И. Мельников, доцент Б.В. Сулейманов. Участниками Великой Отечественной войны защищены 14 докторских и 35 кандидатских диссертаций. За большой вклад в развитие медицинской науки и практического здравоохранения участники Великой Отечественной войны удостоены звания «Заслуженный врач РСФСР» — 4; «Заслуженный врач БАССР» — 16 человек. В 1944 г. институту было предоставлено право подготовки научных кадров через аспирантуру и приема к защите кандидатских диссертаций. Первыми аспирантами института были: Д.Н.Лазарева (фармакология — руководитель профессор И.А. Лерман), З.Т. Валеева (физиология — руководитель профессор С.С.Серебренников) и М.Г. Ибрагимова (патоанатомия — руководитель профессор В.А.Жухин). Большая роль в перестройке института на «военные рельсы» принадлежала его директору доценту Г.А.Пандикову (1940-1947 гг.).

После окончания Великой Отечественной войны институту пришлось вновь серьезно заниматься укреплением материальной базы. В 1945—1947 гг. в институт поступило много демобилизованных офицеров и солдат-участников войны с боевым и жизненным опытом. Приказом министра здравоохранения РСФСР №161 19.07.1961. в БГМИ был организован с 1 сентября 1961 года педиатрический факультет, а с 1 сентября 1970 г. — санитарно-гигиенический факультет. В 1970 г. создан Совет по присуждению степени доктора наук, и институт отнесен в разряд вузов первой категории. С 1 сентября 1976 г. организован стоматологический факультет Приказом министра здравоохранения РСФСР, а с 1976 г. — факультет усовершенствования врачей. В 1980 г. создана ЦНИЛ, с 1982 г. организован фармацевтический факультет, с 1991 г. — введена специальность «Сестринское дело». Согласно Приказу ГКРФ по высшему образованию №953 от 23.06.1995 г., институт переименован в университет. С 2005 г. переименован факультет высшего сестринского образования в факультет медико-профилактического дела и высшего сестринского образования, с 2006 г. введена специальность «Микробиология». С 2009 г. в университете функционирует Центр практических навыков, оснащенный современными тренажерами, фантомами, муляжами по разделам «Неотложные и реанимационные состояния», «Терапия», «Педиатрия», «Хирургия», «Акушерство и гинекология». В перспективе планируется приобретение новых симуляционных тренажеров. С момента основания Башкирского государственного медицинского университета в 1932 г. неопределима его роль в организации системы здравоохранения в г. Уфе и Республике Башкортостан, всех лечебно-профилактических учреждений, в борьбе по ликвидации многих инфекционных заболеваний. За годы своего существования БГМУ подготовил более 35 тысяч врачей для нашей республики и страны. Сегодня Башкирский государственный медицинский университет — один из ведущих медицинских вузов страны, занимающий устойчиво 10-е место по рейтингу среди них.

В университете сильный кадровый потенциал: 220 докторов и 515 кандидатов наук, острепенность преподавателей составляет 97,6%. На 1 января 2011 г. в БГМУ обучалось 6108 студентов по специальностям: лечебное дело, педиатрия, медико-профилактическое дело, стоматология, фармация, сестринское дело, микробиология и социальная работа. В университете сформировались авторитетные научные школы: хирургов, онкологов, терапевтов, неврологов, инфекционистов, дерматологов, биохимиков, морфологов и др. В единстве научного, образовательного, лечебного процессов видится сегодняшнее и будущее БГМУ, и можно надеяться, что коллектив нашего уни-

верситета справится с задачами подготовки и переподготовки высококвалифицированных медицинских кадров в современных условиях. Приоритетными задачами, стоящими перед университетом в ближайшем будущем, являются реализация новых Государственных образовательных стандартов и новых учебных планов высшего профессионального образования III поколения, выполнение внутреннего и внешнего аудита, проведение лицензирования дополнительного образования по аспирантуре и клинической ординатуре, что позволит ему не сдавать достойную позицию среди лучших медицинских высших учебных заведений Российской Федерации и Приволжского федерального округа.

С 2011 г. БГМУ возглавляет доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Республики Башкортостан, уролог-хирург Валентин Николаевич Павлов. Весь коллектив университета готовится достойно встретить и провести 15 ноября 2012 г. 80-летие со дня его организации новыми достижениями студентов в учёбе, учёных – в научных исследованиях, спортсменов – в спартакиадах и универсиадах по разным видам спорта и др.

КАБИНЕТ ИСТОРИИ ФАРМАЦИИ

Ковальчук И.Е., Сосонкина В.Ф.

РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ»

Кабинет истории фармации на предприятии организован в соответствии с приказом РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ» от 21.05.2010 № 137 на базе аптеки №88 РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ», которая расположена в исторической части Минска – Троицком предместье. Открытие кабинета приурочено к 80-летию образования Белаптекоуправления, как единой системы руководства аптечной службой Беларуси и организации лекарственного обеспечения населения.

Согласно Положению о кабинете истории фармации, утвержденному указанным выше приказом, основные его задачи:

- изучение и пропаганда истории практической фармации;
- воспитание у молодых специалистов чувства значимости профессии;
- участие в проведении мероприятий по идеологической работе на предприятии.

Кабинет осуществляет следующие функции:

- сбор и комплектование кабинета предметами аптечного дела, специальной литературой и т.д., отражающими факты, события и процессы в развитии практической фармации;

- учет материальных ценностей кабинета, обеспечение их сохранности;

- ознакомление фармацевтических работников, студентов учреждений образования фармацевтического профиля с историей фармации Беларуси, предметами аптечного дела, специальной литературой и другим имуществом кабинета;

- популяризация истории практической фармации путем подготовки и опубликования статей в специализированных медицинских изданиях, средствах массовой информации; издания книг; изготовления видеофильмов; участия в обучающих семинарах, научно-практических конференциях и т.д.;

- оказание помощи коллективам структурных подразделений предприятия, предприятиям «Фармация» в проведении мероприятий, посвященных юбилейным датам со дня их образования, чествованию ветеранов аптечной службы;

- участие в организации встреч молодых специалистов с ветеранами предприятия, участниками Великой Отечественной войны, проведение других мероприятий, направленных на воспитательную работу с молодыми специалистами и др.

Кабинет входит в структуру организационно-фармацевтического отдела РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ». Ответственным лицом за его работу назначен специалист с высшим фармацевтическим образованием приказом руководителя предприятия.

Ежегодно составляется план работы кабинета, который утверждается гене-

ральным директором. План, как и другая информация о деятельности кабинета, размещаются на сайте РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ» в разделе «История фармации».

Общая площадь кабинета составляет 72,5 кв.м., состоит из 4 комнат: учебной, кабинета администрации, торгового зала и ассистентской (три последние комнаты оформлены в стиле аптеки XX века).

В кабинете администрации размещены книги по организации фармацевтического дела в 50-90-е годы прошлого столетия, материалы всех съездов фармацевтов Беларуси, информационные письма ГАПУ МЗ БССР, журналы «Фармация» и мн.др. Оформлен уголок «Организация социалистического соревнования», экспонатами которого являются, документы о зарождении и развитии социалистического соревнования в советский период; Переходящее Красное знамя аптечному управлению-победителю во всесоюзном социалистическом соревновании; Почетные грамоты ГАПУ МЗ БССР и обкома профсоюза медицинских работников коллективам аптек-победителям г. Минска; знак «Победителю соцсоревнования» и удостоверение к нему; фотографии о награждении работников аптек, коллективов аптек, аптечных управлений ГАПУ МЗ БССР и т.д.

Торговый зал (имитированной аптеки) имеет пристенный шкаф, стол-витрину, лавку, изготовленные в 1987 г. на Бобруйской мебельной фабрике для аптеки №88 г. Минска. В шкафу находятся старинные фармацевтические книги: Фармакопеи, Фармацевтический указатель А. Берггольца (1882г.), Руководство к фармацевтической и медико-химической практике в 5 томах (1889 – 1895гг.), Руководство к фармакогнозии Ю. Траппа (1869г.) и др.

На стене зала вывешена копия Грамоты Польского короля Августа III на польском языке от 28 ноября 1748 года, разрешающая открыть аптеку Давиду Шейбе в Минске, текст ее нами найден в Национальной библиотеке Республики Беларусь при изучении документов периода Речи Посполитой.

В этом помещении расположен гербарий лекарственных растений, поскольку издавна он являлся неотъемлемым атрибутом каждой аптеки.

В ассистентской комнате установлены деревянный стол на 2 рабочих места (ассистента и фасовщика), деревянный шкаф с вертушками, которые были в аптеках Минска в 1965–1975 гг. Здесь же оборудованы уголки «Алхимика» и «Химика-аналитика». Уголок «Алхимика» представлен образцами стеклянной лабораторной посуды XVII в., эскизы которых разработаны минской художницей Ольгой Сазыкиной в 1988-1989 гг.

В обеих комнатах выставлены некоторые виды стеклянной, фарфоровой аптечной посуды и предметов (приборы, аппараты, приспособления, сигнатуры, этикетки, рецепты и мн.др.) первой и второй половины XX в.

Всего фармацевтическая коллекция кабинета включает более 700 единиц аптечных предметов и 230 книг, изданных в XIX–XXвв.

Постоянно проводится работа по пополнению кабинета новыми материалами, в течение 2011-2012 гг. поступило на безвозмездной основе 255 единиц предметов.

Большая заслуга в пополнении кабинета различными материалами принадлежит в первую очередь ветеранам отечественного здравоохранения: Богувой Н.А., Гавриловой О.Л., Дешевой Т.Г., Корховой Е.В., Костюченко О.И., Лопатиной К.С., Мироновой Г.М., Новик И.С., Осипенко В.А., Соловей В.И., Фадеевой А.А., Шведу Я.Н., (г. Минск); Приходько С.А. (г. Рогачев, Гомельская область), Межженному А.М. (г. Могилев) и др.

Начато изучение наличия аптечных предметов в музеях Республики Беларусь. В этом направлении тесно сотрудничаем с музеем истории медицины республиканской научно-медицинской библиотеки, Национальным историческим музеем, Брестским областным краеведческим музеем, Наровлянским этнографическим музеем, Столинским краеведческим музеем, Кобринским военно-историческим музеем им. А.В. Суворова и др.

Параллельно ведется исследовательская работа документов государственных архивов и библиотек (в том числе с помощью электронных ресурсов). Это позволяет иметь в кабинете копии многих исторических документов по аптечному делу (Аптекарский устав, 1789 г.; о продаже аптекарских материалов, 1814 г.; списки ядовитых и

сильнодействующих веществ, 1857г. и т.д.), в том числе о функционировании аптечных учреждений (аптек, аптекарских лавок, аптекарских магазинов, складов), их владельцев и служащих и т.д.

Благодаря проводимой работе, в кабинете начато формирование базы данных по разделам: внешний вид аптечных учреждений; аптечная посуда, инвентарь, мебель; аптечное законодательство; открытие аптек учреждений на территории Беларуси; подготовка фармацевтических кадров.

В учебной комнате кабинета систематически оформляются тематические стенды, приуроченные к знаменательным датам и событиям отечественной фармацевтической службы.

К 450-летию открытия первой аптеки на Беларуси (г. Пинск.) в 2011 г. была организована выставка книг и журналов, материалов республиканских и областных научно-практических конференций, других печатных изданий по истории медицины и фармации.

В честь этой важной исторической даты совместно с Витебским медицинским университетом впервые подготовлен специальный номер журнала «Вестник фармации», в котором опубликованы 23 статьи провизоров, врачей, музейных работников по истории и развитию аптечного дела на территории Беларуси.

Ежегодно накануне 9 Мая размещаются экспонаты, которые отражают участие работников аптечных учреждений в подпольном и партизанском движении, о сражениях на фронтах в годы ВОВ (военные фотографии, книги предприятий «Фармация», статьи на военную тему, чествование участников ВОВ на предприятии).

Кабинет осуществляет сбор информации о династиях провизоров и фармацевтов, а также о людях, внесших весомый вклад в развитие аптечной службы Беларуси и заслуживших своим трудом большого уважения и памяти. Эта информация используется не только при подготовке статей для опубликования в медицинских журналах и газетах, но и для оформления стендов. Подобные стенды были оформлены в учебной комнате к 85-летию со дня рождения Вадима Ивановича Попова (ноябрь 2011 г.), к 80-летию – Сергея Григорьевича Шамрука (апрель 2012 г.) известных организаторов фармацевтического дела.

В учебной комнате размещены фотоальбомы, видеофильмы, грамоты, дипломы, подшивка газет со статьями, отражающие развитие отечественной фармации в прошлом и настоящем.

Здесь находится «Книга почета предприятия», ежегодно она пополняется фотографиями лучших работников предприятия, которые на протяжении года находились на Доске Почета РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ».

Кабинет не является туристическим объектом, он предназначен для специалистов здравоохранения.

На базе кабинета проводятся занятия по истории фармации Беларуси со студентами учреждений образования фармацевтического профиля, проходящих практику на базе аптек предприятия, слушателями курсов повышения квалификации, учащимися старших классов гимназий и школ столицы в рамках работы по профориентации.

За период функционирования кабинета его посетили 790 человек.

В планах на будущее кабинетом истории фармации предусмотрено проведение ряда других мероприятий.

РОЛЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИИ

Ковецкая Е.Е., Элбакидзе З.Д.

ГУО «Белорусская академия последипломного образования»

История человечества одновременно есть история его борьбы с кариесом. Важнейшую роль в этом играет гигиена полости рта. Еще более 4000 лет тому назад древние египтяне занимались вопросами гигиенического ухода за зубами и деснами. В па-

пирусе «Эберс», написанном в 1550 г. до н.э., упоминается рецепт пасты, которая способствовала укреплению зубов. В состав этой пасты входили пыль от мельничного жернова, охра и мед. Хранилась такая смесь в маленьких горшочках. Древний Египет считается родиной первой зубной пасты, которая была получена из смеси истолчённой пемзы, яичной скорлупы, мирры и пепла от сожжённых внутренностей быка. Такую смесь следовало применять ежедневно. Поэтому ещё пять тысяч лет назад молодые египтянки могли похвастаться белоснежной улыбкой. В древнем Риме основным компонентом чистящего зубного порошка являлась мочеви́на. Содержащийся в ней аммиак прекрасно справлялся с очисткой зубов от налёта.

История развития индивидуальной гигиены связана с развитием средств гигиены, таких как зубочистки, скребки для языка и щек и зубными щётками. Первые зубные щётки из щетины животных появились в Китае ещё в четырнадцатом веке. Со временем это изобретение начали экспортировать в другие страны, пришло оно и в Россию. Первые упоминания о зубной щётке относятся к правлению Ивана Грозного. Бородастые бояре доставали в конце бурного царского пира из кармана кафтана деревянные палочки с пучком щетины и очищали зубы от остатков пищи.

Петр I из своих странствий привез в Россию европейские средства гигиены. С этой точки зрения, интерес представляет зубная щётка, относящаяся к концу XVII первой четверти XVIII века, найденная при раскопках одной из первых аптек, расположенной вблизи Сената, основанного Петром I. Эта зубная щётка, наряду с традиционной для современного понимания формой, имела специальную "кисть" в ручке для interdентальной профилактики. Изготовлена она была западноевропейским мастером и материалом для нее послужила кость морской черепахи. Однако такие щётки были дорогими, купить их мог не каждый человек. Поэтому Петр I царским указом велел заменить щётку щепоткой толчёного мела и тряпочкой. В деревнях же по старинке для чистки зубов использовали берёзовый уголь, который отлично справлялся как с очисткой поверхности зубов от налета, так и с их отбеливанием.

Хотя зубной камень был описан еще в глубокой древности, а именно, за 3427 лет до начала нашего летоисчисления, зубная щётка была введена в Европе в употребление лишь в 1649 г. н.э. С момента изобретения зубной щётки неоднократно модифицировались как материал, из которого она изготовлялась, так и ее форма. До XVIII века в Европе чистили зубы специальными деревянными палочками, или зубными метелочками, которые на конце были распушены, как настоящая метелка. Зубная щётка, используемая королевой Англии в XVIII веке, имела большую головку и сделана была из серебра. Хранилась такая щётка в шкатулочке. На керамической крышечке было написано: «The Queen's Dentifrice» – средство чистки зубов для ее Величества Королевы.

Глубокие корни и у истории появления и развития профилактических скребков для очистки поверхности языка. Одним из первых документальных подтверждений применения скребка как механического средства очистки языка и слизистой является фундаментальный труд Абу-Али-ибн Сины (Авиценны) "Канон врачебных наук", написанный в XI веке. Он рекомендовал, наряду с медикаментозным лечением, чистить язык и слизистую кипарисовыми шишками, использовать зубочистки и скребки из дающих горький сок деревьев, таких как арак и масличное дерево. Материал, рекомендуемый Авиценной, разового использования и природного происхождения, поэтому до наших времен он не сохранился. Из литературных источников известен скребок для языка, принадлежавший богатому представителю высших и старших военных и гражданских чинов (мандарину) периода последней китайской династии Цинь, правившей с 1644 по 1911 г. Материал представлен серебром с толстым слоем золотого напыления, использовавшийся при изготовлении средств гигиены для состоятельных людей.

Первой европейской страной, в которой прижились Восточные традиции чистки языка, была Испания, столкнувшаяся с культурой исламского Востока. А первым европейцем, описавшим клиническую картину, характерную для черного волосатого языка, стал Аматус Люцинатус (1575 г.). Особый интерес для изучения представляет скребок для чистки слизистой щек и языка, изготовленный в тот же исторический период из роговой кости и черепахового панциря. В нем также соблюден принцип универсальности применения. Петлевидная часть скребка с острыми гранями, выполненная из черепа-

хового панциря, предназначалась для чистки поверхности языка, а притупленная ручка в форме ножа (на ней имеется монограмма хозяина «В. Я. Л.») из рога - для чистки слизистой щек.

В России также, наряду с чисткой зубов, уделяли внимание и уходу за языком и деснами. В Павловском музее хранится фарфоровый скребок для языка, принадлежавший императрице Марии Федоровне (1759-1828 г.г.). Эта лопаточка в составе Сяврского фарфорового туалетного прибора была подарена ей и Павлу I Людовиком XVI и Марией Антуанеттой во время посещения Франции.

Самыми древними историческими документами, в которых упоминается зубочистка, являются письма греческого писателя Альцифрона, жившего во II веке до начала нашего летоисчисления. За минувшие две тысячи лет взгляды на зубочистку менялись, и в зависимости от этого менялись материалы, из которых она изготовлялась, менялась внешняя форма и даже способы ее хранения.

С начала XVI века в Европе начали формироваться основные принципы интердентальной гигиены и зубочистки, как правило, функционально были совмещены с другими профилактическими приспособлениями для чистки языка, ушей, ногтей, а так же лопаточками для снятия модных в то время декоративных "мушек" с поверхности лица.

Зубочистки того времени по материалу можно разделить на металлические и неметаллические. Металлические изготовлялись как из традиционных материалов, таких как бронза, золото и серебро, так и, согласно новым для того времени технологиям, из алюминия, стали с гальваническим покрытием хромом или никелем. Неметаллические, как правило, были деревянные, роговые, костяные стволы перьев птиц, щитов черепахи, игл дикобраза. Футлярами для их хранения служили хорошо декорированные пеналы, коробочки, несесеры, а также миниатюрная аптечная посуда, выполненная из стекла, фарфора, серебра. В этих футлярах гигиенические инструменты подвергались ароматизации и обеззараживанию. В качестве ароматизатора применялось розовое масло и другие масла. Удобны в обращении скребки-зубочистки, выполненные из роговой кости и принадлежащие к другому историческому периоду - ко второй половине XIX века. Бурное развитие капитализма и отсутствие возможности синтеза заменителей природного материала определило их конструкцию и дизайн. Применялся более дешевый природный материал и был соблюден принцип универсальности, выбор материала природного происхождения для их изготовления был биологически оправдан.

На протяжении многих столетий дизайн щетки менялся незначительно. И только в конце 30-х годов XX века произошло одно важное событие - появилась первая электрическая зубная щётка. Попытки создания такого устройства совершались уже давно. Ещё в конце XIX века доктор Скотт изобрёл и запатентовал в Американском патентном бюро электрическую зубную щетку. Особенностью его изобретения было то, что щётка в процессе применения «билась» током, который благоприятно влиял на зубы. Электрическая зубная щётка, которая не била током, появилась в 1939 году в Швейцарии, однако массовое производство и продажи началось лишь в 1960 году, когда американская компания Bristol-Myers Squibb выпустила электрическую зубную щётку Broxodont, которая была предназначена для людей, имеющих проблемы с мелкой моторикой, или установленными на зубах брекет-системами. В 1961 году компания General Electric представила свой вариант электрической зубной щётки, которая предназначалась уже для широкого использования. В отличие от Broxodont, она питалась от встроенного аккумулятора, а не от сети.

В течение следующих сорока лет экспериментов с зубной щёткой было очень много. В период с 1963 по 1998 гг. было запатентовано более 3000 видов зубных щёток, которые оснастили встроенным таймером, возможностью замены чистящих головок. Появились электровращающие и возвратно-вращающие щётки. Щетинки щёток начали покрывать пигментом, который постепенно стирался и напоминал о необходимости её замены. Позже изобрели щётки с закруглёнными концами щетинок, которые более безопасны для эмали зубов и дёсен.

Процесс развития электрических зубных щёток активно продолжается и сейчас. Недавно появилась ультразвуковая щётка, которая уничтожает бактерии до 5 мм под деснами. В Японии изобрели необычную зубную щётку с подключением к компьютеру

через USB-порт. И процесс развития продолжается...

На сегодня можно сказать, что современная превентивная стоматология – это наука, имеющая очень глубокие корни. Во все времена находились люди, которые стремились избавить своих окружающих от страданий, вызываемых больными зубами. Благодаря этому мы имеем возможность качественно ухаживать за своей полостью рта и без боли и страха входить в кабинет врача-стоматолога.

РОССИЙСКО-АМЕРИКАНСКИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ, 1890-1939 годы

Конрой М. Ш.

Колорадский университет (Денвер, США)

В Российской империи половина лекарственных препаратов, используемых российским потребителем, производилась на 100 российских фармацевтических заводах. Вакцины производились в отдельных институтах. Российские лекарства и вакцины были высокого качества. Тем не менее, йод и опий импортировались. И, как в Америке, до первой мировой войны, новые химические лекарственные препараты - аспирин, фенацетин, сальварсан, героин, хинин, кокаин, новокаин - импортировались, в частности, из немецких, швейцарских, и французских предприятий, потому что эти иностранные заводы имели патенты на их производство.

В 1911 г. П.А. Столыпин (медицинский Совет находился в МВД) предложил разрешить аптекам и фармацевтическим заводам изготавливать аналоги иностранных патентных лекарств без согласования с иностранными фирмами, если сигнатура на упаковке лекарства имела надпись "Изготовлено в России". Конечно, иностранные фирмы были очень недовольны. Но, как и в Америке, большинство производства таких аналогов началось только во время первой мировой войны.

I. Товарооборот. В XIX в. и в начале XX в. Российская Империя экспортировала свои лекарственные растения и некоторые медпрепараты - Спермин Пеля и Сантонин. Россия имела монополию на производство Сантонина, который производился в Средней Азии. Америка импортировала из России более лекарственных растений, чем Россия импортировала из Америки. В 1913-1914 гг. Россия была "один из самых важных источников (второй) импорта лекарственных растений, например, цветы, листья, орехи, ягоды" в Америку. Количество американского импорта из России – почти \$1.000.000 — 13 из всех американских импортов. Солодковый корень был большой импорт и тоже Сантонин был очень важный препарат для Американской свиной индустрии. Компания Гольдберга на Арбацкой продавала Сантонин на международном рынке. Эта компания имела отделения в Лондоне (Англия), в Шанхае (Китай) и Кобе (Япония). Германская компания Мерк тоже перерабатывала Сантонин из Российской империи. Американская Компания Мурмана (Moorman), в штате Иллиной, продавала этот препарат в Соединенных Штатах.

Во время первой мировой войны торговое отношение между Америкой и Российской Империей продолжалось. В 1914 г. Америка покупала товары ценности \$12.300.000 из Европейской части России и \$2. 225.000 из Азиатской части России. Товары из Европейской России стоили \$2.500.000 в 1915, в 1916 – \$4.500.000 (и \$4.000.000 из Азиатской части России), и в 1917 – \$12. 300.000 (\$ 2.000.00 из Азиатской России). Американские импорты включал лекарственные растения и Сантонин.

Во время гражданской войны маленький товарооборот существовал между Америкой и Россией, хотя 10,000 Американских войск воевали в этом конфликте против большевиков. Тем не менее, в январе 1920 г. Америка экспортировала разные формы мыла в Россию на сумму \$3307. В Марте 1920 г. ценность американских товаров в Россию упала в \$33. И было очень тяжело для Компании Мурмана покупать Сантонин. Запас Сантонина находился в отделении Гольдберга за границей, но Советское правительство запрещало экспорт Сантонина и его сырья.

Тем не менее, даже до НЕПа, товарооборот между Америкой и Советским Союзом увеличивался. В конце 1920 г. американские экспорты туалетного мыла в Россию стоили только \$186, но цена экспортного стирального мыла – \$2225. В феврале 1921 г. американский экспорт туалетного мыла был только \$300, но ценность экспортов стирального мыла была \$99.000.

Во время НЭПа благотворительная ассоциация Американская Администрация Помощи (American Relief Administration (ARA)) помогала людям в Советском Союзе, страдающим от голода. Товарооборот между Соединенными Штатами и Советским Союзом был почти нормальным, хотя не было дипломатических отношений между этими странами. Советский фармацевтический импорт из Америки были маленьким – какао масло и *Hydrastis Canadensis*. Импорт фармацевтических товаров из СССР в Америку был большим. В 1924-1925 гг. Госмедторгпром экспортировал меньше 2/3 лекарственных растений по отношению к импорту царской России в 1913 г., германские фирмы покупали 43 % и американские фирмы покупали 28%. В 1925-1926 гг. Американские фирмы покупали 43,4% от экспорта Госмедторгпрома – солодовый корень, *Lycopodium clavatum*, *R. Cathartica*, *Lytta vesicatoria*.

Во время пятилетки с конца 1920-х гг. и в 1930-х гг. американский фармацевтический импорт из Советского Союза включал солодовый корень (85% советского производства в 1929 г.), сантонин (1.800 фунтов в 1933 г.), салициловую кислоту (806 фунтов-8.099 фунтов с января 1931 г.), масло мяты (4.452 фунта в 1939 г.). Из США в СССР импортировались ментол и формальдегид. Советский Союз экспортировал рентгеновское оборудование и медицинские (хирургические) инструменты в 1930-х годах. Но только в 1935 г. СССР экспортировал больше хирургических инструментов, чем импортировал их. В другие годы СССР импортировал больше, чем экспортировал. Рентгеновское оборудование импортировалось: в 1935 г. импортировал 16.340 кг, в 1936 г. – 15.773 кг; в 1937 г. – 11.535 кг. Соответственно, пропорция против экспорта в эти годы составила: 26:1, 15:1, 11:1. Хирургические инструменты импортировались: в 1935 г. СССР импортировал 4.672 кг; в 1936 г. – 21.318 кг; в 1937, 8.531 кг. Соответственно, пропорция против экспортов в эти годы: 1:2, 3:1, 2:1.

2. Совместные предприятия. Я нашла (в РГАЭ) только одно совместное предприятие в фармацевтическом секторе между американцем и Фарматрестом. В начале 1924 года Е.В. Ниль, богатый владелец парфюмерной и косметической компании Tokalon и других компаний, которые производили и продавали препараты для здоровья и волос, книги и курсы о гипнотизме, книги о бухгалтерии, финансах и банках, заключил договор производить в СССР два его патентных лекарства, *Nuxated Iron* (железа) и *Bisurated Magnesium*. Он будет “использовать свой капитал, опыт и свои американские принципы организации для производства и продажи фармацевтических продуктов, отвечающих обыденным потребностям. По мнению американского правительства, Ниль был нечестный и даже преступник. Но компания Токалон еще существует (в городе Женеве, Швейцарии) и ее косметическая продукция великолепна.

3. Американские мнения о Российском фармацевтическом деле и Российское мнение об Американском фармацевтическом деле. В конце XIX в. и в начале XX в. американские журналы издали статьи о профессионализме аптекарского дела в Российской империи в сравнении с этим делом в Америке. Первая Женская Аптека Антонины Лесневской в Санкт-Петербурге, аптеки Владимира Карловича Феррейна в Москве (Старая Никольская аптека была самая большая в мире), аптеки Пелья, Келлера были особенно чудесные. В 1933 г. советский фармацевт Г. Цандер описывал, как американские фармацевтические заводы производили достаточно медпрепаратов и было достаточно аптек для американских людей. К сожалению, количество аптек не было достаточным в Советском Союзе в 1920-х и 1930-х годах, особенно в новых индустриальных городах.

4. Важность лекарственных растений и народной медицины в Советском Союзе. В 1930-х годах ученые Научно-исследовательского химико-фармацевтического института нашли, как изготавливать Плазмоцид и Акрихин и некоторые другие препараты, импортированные в прошлом. Это были лучшие методы, которые позволили изготавливать 41 препарат, включая аспирин, йод, кофеин, витамин Д, адреналин, антипирин, кодеин, новарсенол, сальварсан, сантонин, фенацетин, и другие. Исследова-

лись также препараты против рака, туберкулеза, гриппа.

Тем не менее, не всегда было можно производить и распределять их в достаточной степени по всему Советскому Союзу. В 1939 г. в СССР аспирин, бензонафтола, антипирин, пирамидона, висмут, кофеина, веронала, люминала и некоторых других медпрепаратов было произведено меньше, чем в 1938 г.

Поэтому лекарственные растения и народная медицина для СССР было более обычным и распространенным явлением, чем в Америке до и после 1939 г. В XI фармакопее США (1936 г.) 15 и 1.2% статьи связаны с лекарственными растениями и номер статей, связанный с этим, уменьшен в 10% в 1942 г. Наоборот, в VII фармакопее СССР (1937) 20% статьей связаны с сырьем. В 1937 г. I Всесоюзная конференция советских фармакологов и токсикологов указала на "богатый запас лекарственных растений в СССР." В 1938-1940 гг. ученые исследовали натуральные лекарства (некоторые старые), как разные формы *Lobelia*, "фолинерин" из олеандра, алкалоиды магнолии, *Bidens tripartita* Chereda, листья бойарки, платифиллин, *Stigmata maydis*, *Aconitum napellus*, *Salsola subphylla*, яда змеи, так же, как очень новое лечение, бактериофаги.

СОВЕТСКО-АМЕРИКАНСКИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Конрой М. Ш.

Колорадский университет (Денвер, США)

В 1930-х годах ученые Научно-исследовательского химико-фармацевтического института (НИХФИ) в Москве разработали методы производства новых медпрепаратов, которые ранее импортировались в Россию, таких как плазмоцид, акрихин и др. Были найдены более эффективные методы производства 41 других лекарственных средств, включая аспирин, йод, кофеин, витамин Д, адреналин, антипирин, кодеин, новарсенол, сальварсан, сантонин, фенацетин и т.д. Производство на салициловом заводе в Москве находилось на хорошем уровне.

Тем не менее, к 1940 г. выпуск многих медпрепаратов все еще был недостаточным. На заводе «Акрихин» в 1940 г. акрихин (в то время новое лекарство против малярии) производился только в количестве половины потребности в нем. Также мало выпускалось пантоцида и стрептоцида. В этот период производство стрептоцида, антипирина, пирамидона и гидрохинона на заводе «Красная Звезда» в Харькове тоже не было достаточным. Аналогичное положение складывалось с оварином, фолликулином, спермином и некоторыми витаминами, которые производили заводы «Эндокрин» и «Витамин» в Ленинграде.

Непростое состояние заводов отмечал в 1945 г. А.Г. Натрадзе, заместитель Министра здравоохранения: «перед войной медицинская промышленность не удовлетворяла в полной мере потребности нашей страны в медикаментах... В 1940 г. удовлетворение потребности составило, например, по аспирину 46%, по сернокислому бариту 30%, по новарсенолу 76%, по стрептоциду 44%, по эфедрину 6% и т. д.».

В начале Великой Отечественной войны фармацевтические заводы в европейской части Советского Союза сильно пострадали. Осенью 1941 г. заводы были эвакуированы в значительной мере на восток страны, были созданы новые заводы (Сибирь, Казахстан). Им также тяжело было существовать, на некоторых из них производство не началось даже через год или больше. Поэтому не хватало медикаментов, средств для дезинфекции, и особенно мыла. Основными болезнями войны были сыпной тиф, брюшной тиф, скарлатина, туляремия, малярия, лейшманиоз и дерматит.

В 1942 г. производство некоторых лекарственных средств значительно улучшилось, в их числе пантоцид, йодные препараты, сульфидин, новокаин, уротропин, препараты ртути, глюкоза, препараты висмута и хлороформ. Хуже было производство других лекарственных препаратов, например, акрихин, мыло "К", салол, стрептоцид, аскорбиновая кислота, аспирин, риванол, сульфазол, люминал.

Медицинская и фармацевтическая помощь из Америки начала поступать в Советский Союз в 1941 г., о чем свидетельствует благодарность, выраженная американцам в 1943 г. С. Колесниковым, управляющим Обществом Советского Красного Креста и Красного Полумесяца. Первая партия хирургического оборудования поступила 20-го сентября 1941 г. В марте 1943 г. было осуществлено 90 погрузок. Были поставлены рентгеновый аппарат, электрические дезкамеры и трубки для трансфузии крови (они были особенно востребованы). Пользовались американскими материалами 1718 эвакуированных больниц и 268 основных больниц.

В 1943 г. большая партия фармацевтических грузов из США была доставлена в Советский Союз (1943 погрузки, в тоннах):

аспирин	17.1
новокаин	0.384
кофеин	2.6
салициловая кислота	10.9
стрептоцид	16.0
сульфидин	3.2
глюкоза	26.0
ампулы инсулина	26.0

В октябре 1941 г. Советский союз заплатил золотом за медикаменты из Америки, после этого СССР получал фармацевтические материалы из Америки бесплатно.

Некоторые американские и английские врачи посетили СССР во время войны, их описание оказания медицинской помощи было позитивным. Однако были проблемы в отношениях между американскими и советскими официальными властями, связанные с разработкой метода и материалов изготовления пенициллина в большом масштабе. Американская сторона запросила высокую цену за лицензию – 10-20 миллионов долларов. Поэтому советские ученые разработали собственный метод получения пенициллина.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Короткевич Т.В., Ткачук А. М., Астапчик Н.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Целью настоящей работы явилось проведение обзора исторических аспектов развития реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами, в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» для установления связующих элементов между прошлым и настоящим за 94 года существования нашего лечебного учреждения, осмысления задач и направлений развития психосоциальной реабилитации.

Психиатрическая колония в поселке Новинки начала свое существование по постановлению губернской управы 5 октября 1918 года. Документы Государственного архива Республики Беларусь свидетельствуют о том, что колония именовалась «I-й Советской Трудовой Колонией для душевнобольных «Новинки» и, постепенно расширяясь, перед началом Великой Отечественной войны насчитывала 300 штатных коек. Уже тогда осуществлялись некоторые идейные подходы, предваряющие психиатрическую реабилитацию, а именно: осознание и использование лечебной ценности совместной осмысленной целенаправленной трудовой деятельности психически больных. В этот период реабилитация пациентов представляла собой трудовую занятость на подсобном хозяйстве. Большой вклад в общий реабилитационный процесс вносила атмосфера подлинного гуманизма персонала по отношению к пациентам.

После освобождения г. Минска приказом Минского областного отдела здравоохранения от 14 июля 1944 г. на базе бывшей Колонии была открыта психиатрическая

больница, которая постоянно расширялась. С 1 января 1949 г. учреждение получило статус «Республиканской психиатрической больницы».

В 60-х годах 20 века в Республиканской психиатрической больнице быстрыми темпами развивалась, ставшая традиционной, трудовая терапия. Основная часть пациентов были заняты трудом на подсобном хозяйстве (теплица, около 20 гектаров сельхозугодий, свиноферма). Начали постепенно открываться цеха лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ): швейный, тарный, картонажный, пластмассовый, слесарный. Получили развитие элементы профессиональной реабилитации. В штатное расписание лечебных отделений была введена должность инструктора по трудотерапии.

Начиная с 70-х годов, когда больница получила статус клинической, активную помощь в лечебно-реабилитационной, методической и консультативной работе стали оказывать научные сотрудники кафедр психиатрии Института усовершенствования врачей - БелГИУВ - и Минского мединститута (в настоящем – БелМАПО и БГМУ). Развивались организационно-методические основы реабилитации психически больных, дифференцированный подход к пациенту, учитывающий его текущее психическое состояние и выраженность дезадаптации, уровень навыков и умений, формировалась определенная этапность реабилитационного процесса.

С открытием в 1981 году в Республиканской клинической психиатрической больнице (далее – РКПБ) отделения пограничных состояний смешанного типа для совместного пребывания мужчин и женщин, имеющих свободный режим, начинается период «открытых дверей», характеризующийся широким применением терапии средой.

В 1986-1987 годах в больнице вводятся в строй два корпуса на 500 коек, в том числе реабилитационно-восстановительный корпус. Это был период внедрения методов физической реабилитации. Быстро расширялся арсенал физиотерапевтического лечения: ЛФК, массаж, гидротерапия, иглорефлексотерапия и др.

К 70-летию юбилею коечная мощность РКПБ составляла 2600 коек. Стремительный рост больницы требовал дальнейшего развития и структурирования всех разделов и направлений психиатрической помощи, в том числе реабилитационной.

Новейшая история развития реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами, связана с совершенствованием законодательной базы и появлением государственных программ в сфере реабилитации. Реабилитационный процесс вышел за рамки непосредственной практической работы с пациентами и начал приобретать все более отчетливый системный характер, что находит свое отражение в совершенствовании организационных форм реабилитации. Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 января 1993 года № 13 «О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь», с целью организации единой системы медико-социальной реабилитации на базе РКПБ был создан Республиканский Центр медицинской реабилитации (далее – Центр реабилитации). Центр реабилитации стал ведущим подразделением, координирующим всю реабилитационную помощь в больнице, и, кроме того, осуществляющим методологическую и консультативную помощь по вопросам медицинской реабилитации психиатрическим учреждениям республики. В штат сотрудников Центра вошли врачи-психиатры, психологи, медицинские сестры, инструктор по трудотерапии, культорганизатор, а позднее – специалист по социальной работе. Одновременно в лечебных отделениях на функциональной основе была выделена должность медицинской сестры, занимающейся организацией и проведением реабилитации, что способствовало осуществлению преемственности и этапности реабилитационного процесса в системе лечебного отделения.

С самого начала своего создания в Центре реабилитации внедрялась в практику идеология психиатрического реабилитационного подхода. Основным принципом практической деятельности стало представление о том, что реабилитация в силах помочь повысить уровень умений и навыков у лиц с инвалидизирующими психическими расстройствами. Акцент в работе делался на развитии сохранных навыков пациента, а не только на купировании симптомов болезни. Занятия и программы были ориентированы на конкретную ситуацию, на факторы повседневной реальности пациента, на развитие способности жить в конкретной среде.

С 1 января 2004 года Центр реабилитации реорганизован в отделение меди-

цинской реабилитации больных и инвалидов (ОМР) с увеличением штата сотрудников. Это позволило расширить виды предлагаемых психосоциальных мероприятий: психообразование, психотерапия, психологические и социально-бытовые тренинги, терапия занятостью, терапия искусством, нейрокогнитивная реабилитация, культмассовые мероприятия и др. Одним из приоритетных направлений работы ОМР стала подготовка реабилитационного персонала. В основу работы были положены как собственный опыт, так и эффективные передовые реабилитационные технологии, применяемые в мировой практике, которым сотрудники обучались в процессе стажировок и участия в международных конференциях и семинарах.

Хотелось бы отметить и еще один важный аспект, имеющий непосредственное отношение к психосоциальной реабилитации. В 1999 г. был принят Закон Республики Беларусь № 274-З «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», не только определивший правовые основы работы врачей-психиатров, но и способствовавший переходу от патерналистского к партнерскому принципу взаимоотношений с пациентами. Следствием такого перехода явились рост степени доверия потребителей психиатрических услуг к специалистам службы охраны психического здоровья, все более активное участие пациентов и их членов их семей как в лечебном, так и в реабилитационном процессе, в создании системы поддержки и взаимопомощи.

Утверждение в 2005 г. Протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств способствовало стандартизации подходов к проведению психосоциальной реабилитации на уровне системы оказания психиатрической помощи, что привело к улучшению качества оказания специализированной медицинской помощи и развитию реабилитационного потенциала всей психиатрической службы.

Согласно действующему законодательству, медико-социальная, трудовая и профессиональная реабилитация позиционируются как одно из приоритетных направлений научно-практической деятельности. Одной из задач законодательства Республики Беларусь является обеспечение и защита прав граждан на медицинскую, профессиональную, трудовую и социальную реабилитацию. Это выдвинуло на первый план необходимость создания единой системы психосоциальной реабилитации на междисциплинарном и межведомственном уровнях.

Последние десятилетия демонстрируют набирающее темп развитие психосоциальной реабилитации как в отдельно взятом лечебном учреждении, так и в республике в целом. Активно развиваются все исторически возникшие виды реабилитации, обогатившись мировым опытом и современными тенденциями. Постоянно совершенствуется и расширяется законодательная база психосоциальной реабилитации.

С февраля 2009 г. РКПБ реорганизована в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». Предшествующей многолетней историей накоплен достаточный практический опыт в области реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами. Будущее развития психосоциальной реабилитации связано с научными исследованиями и разработками, совершенствованием технологий реабилитационного процесса, которые должны быть реализованы как на уровне практической работы с конкретным пациентом, так и на уровне психиатрической службы, а также на уровне общества в целом.

ОБЕЗЛИЧЕННЫЕ ЖЕРТВЫ ВОЙНЫ СРЕДИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ: НЕОБХОДИМОСТЬ МЕМОРИАЛИЗАЦИИ

Короткевич Т. В., Латышева В. А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

УО «Белорусский государственный университет»

Уже более полувека прошло с тех пор, как закончилась Великая Отечественная война. Однако некоторые страницы ее истории не дописаны до наших дней и продолжают волновать своей недосказанностью и трагизмом. Это относится, в частности, к

действиям нацистов по уничтожению психически больных на территории Беларуси.

В исторических архивах сохранились сведения о том, что в нашей стране, как и в других оккупированных фашистской Германией странах, действия фашистских войск по уничтожению душевнобольных граждан носили системный характер. Осуществлялся нацистский план по ликвидации так называемых «лишних едоков» (душевнобольных, инвалидов, престарелых и немощных жителей). Первые уничтожения пациентов психиатрических учреждений республики начались уже в июле 1941 года. Они произошли на территории Западной Беларуси – в Лидском районе тогдашней Барановичской области [2], а также в районе Белостока.

Современная историография указывает на уничтожение душевнобольных и в Минске. Одним из мест в довоенном городе, где оказывалась стационарная психиатрическая помощь, было шестое психиатрическое отделение второй городской больницы Минска. В начальный период оккупации душевнобольные этого отделения были уничтожены, а их мизерную часть, оставленную по иезуитскому плану фашистов, оккупанты пытались уничтожить перед самым освобождением Минска летом 1944 года.

Осенью 1941 года гитлеровцы провели ликвидацию психически больных в психиатрической колонии в Новинках (в дальнейшем – Республиканская клиническая психиатрическая больница; в настоящее время – государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»).

Трудовая колония для душевнобольных в Новинках была организована в 1918 г. Перед Великой Отечественной войной колония представляла собой психиатрический стационар для длительного проживания душевнобольных на 300 штатных коек с земельными угодьями, животноводческой фермой, садом. Одним из ведущих компонентов лечебного воздействия на состояние психически больных в то время являлась трудотерапия.

По сохранившимся сведениям, немецкие солдаты появились на территории трудовой колонии в Новинках в самом начале войны – 25 июня 1941 г. В первый месяц захватчики не вмешивались в деятельность колонии, не запрещали больным и персоналу заниматься сельскохозяйственными работами. Представители немецкой управы регулярно наведывались в колонию и даже, по некоторым сведениям, выделяли пациентам продукты питания, за которыми на повозке отправляли в город больного Шарпова [1].

Все изменилось в июле 1941 г., когда в результате пожара было повреждено одно из помещений колонии (бывший господский дом помещика Верниковского), в котором размещалось около 75 больных. Напуганные пациенты вначале разбежались кто куда. Тех, которые впоследствии вернулись в Новинки, фашисты расстреливали.

Массовое уничтожение пациентов в Новинках гитлеровцы провели в сентябре 1941 г., когда большая часть ослабленных больных были удушены газом в помещении бани. Некоторые пациенты были убиты смертельными инъекциями морфия [1]. Небольшую часть больных фашисты оставили в живых, вероятно, для того, чтобы завершить сельскохозяйственные работы. После сбора урожая в ноябре 1941 г. все пациенты трудовой колонии в Новинках были уничтожены. До конца войны все здания колонии, освобожденные от проживающих там душевнобольных, оккупанты использовали в качестве складских помещений.

В 1941-1942 гг. фашисты осуществили несколько акций по ликвидации психически больных на территории психиатрической больницы Могилева путем удушения газом и расстрелов. Эта страница истории нашла отражение в архивных документах, которые становятся достоянием гласности.

К сожалению, до сих пор нет точных сведений о судьбе психически больных Витебской психиатрической больницы. Известно, что после того, как 11 июля 1941 г. немецкая армия заняла Витебск, дирекции и сотрудникам психиатрической больницы удалось эвакуироваться в советский тыл. Судьба же пациентов окружена тайной до наших дней. Ни советские, ни немецкие документы не содержат информации на эту тему. Хотелось бы надеяться, что в ходе дальнейших исследований удастся выяснить, что же произошло с душевнобольными Витебска во время немецкой оккупации.

Акции по уничтожению душевнобольных в Беларуси коснулись не только пациентов психиатрических учреждений. Источники сообщают о жертвах среди душевно-

больных, которые проживали вне стен специализированных заведений. Среди тех категорий населения, которые подвергались систематическому и планомерному преследованию и уничтожению со стороны нацистов, наряду с евреями, цыганами, коммунистами, были и люди, страдающие психическими заболеваниями.

По данным архивных источников, в условиях бытовых трудностей и лишений, колоссального психоэмоционального напряжения (переживания за свою семью, поражение в ходе военных действий и т.п.) жители оккупированных территорий в значительной степени были подвержены психическим расстройствам. По опубликованным и неопубликованным архивным данным, случаи сумасшествия среди жителей городов и деревень Беларуси во время фашистской оккупации фиксировались довольно часто. В то же время, возможность получить квалифицированную помощь врача-психиатра фактически отсутствовала.

Судьба душевнобольных во многом зависела от той или иной ситуации, которая обычно складывалась не в их пользу. В ряде случаев они становились мишенью для развлечений солдат вермахта. Встреча с душевнобольным человеком давала шанс выслужиться полицейским как из местного населения, так и пришлого. Душевнобольные часто становились жертвой их личной неприязни. Не всегда больные люди находили помощь и сострадание даже среди своих семей и близкого окружения. В результате они зачастую оставались без должной опеки и заботы.

Отдельного внимания заслуживает судьба душевнобольных евреев и цыган. Перед новой властью они были виноваты вдвойне: неприемлемы ни по национальному признаку, ни по состоянию здоровья. Имеются сведения о том, что осенью 1941 г. была уничтожена группа психически больных евреев, находившихся в трудовой колонии для душевнобольных в Новинках [1].

Уничтожению подвергались и душевнобольные дети. Часто волей случая они оставались без должного присмотра и питания, в результате чего были подвержены различного рода инфекциям. Приговор был однозначным – смерть.

Жертвами как прямого, так и косвенного уничтожения были душевнобольные военнопленные. Зачастую они были лишены медицинской помощи любого рода. Смерть настигала их в результате неадекватного поведения, голода и других очевидных причин.

Более 60-ти лет понадобилось обществу для признания необходимости среди прочих жертв нацизма на территории Беларуси выделить такую категорию, как душевнобольные. К сожалению, война обезличила этих людей. Современные архивные документы не способны персонифицировать большинство из них. Их количество сегодня можно назвать только приблизительно, ориентируясь в большей степени на число душевнобольных, находившихся на лечении в специализированных заведениях в предвоенное время. Однако дифференциация жертв нацизма указывала бы на тяжесть и недопустимость подобного.

Проблема изучения судеб душевнобольных не может в современном обществе оставаться в тени истории. Обсуждение этой проблемы способно не только выявить ошибки прошлого, но и показать общность потерь в этой войне, призвать к гуманизму и ответственности.

Мы считаем, что в настоящее время уровень сознания развился на столько, что общество готово к обсуждению этих уроков войны и принятию необходимости отдать дань памяти душевнобольным людям, уничтоженным нацистами. Этот процесс уже начался. В июле 2009 г. на базе УЗ «Могилевская областная психиатрическая больница» при содействии еврейской общины и финансировании немецкой стороны был открыт памятный знак, посвященный жертвам фашизма – душевнобольным пациентам, погибшим в годы Великой Отечественной войны. Он представляет собой двухметровую плиту из черного карельского гранита, в черном искривленном пространстве которой помещена сквозная фигура обреченного на смерть человека, тянущегося к свету в окне, к жизни. Автор памятного знака – могилевский скульптор Александр Миньков [3].

Следующим шагом в решении проблемы мемориализации обезличенных жертв войны могло бы стать открытие музея, посвященного памяти душевнобольных жертв нацизма, например на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». Память об этих людях, имена которых

вряд ли удастся узнать в ближайшем будущем, должна стать общим делом разных народов и государств.

Литература

1. Бортницкий А.И. Этапы становления и развития республиканской психиатрической больницы в Новинках / Научно-практическая конференция врачей республиканской психиатрической больницы. – Мн.: Полымя. – 1972. – С. 5-13.
2. Вальчук Э.А. Медицинские работники Лидского района в борьбе с немецко-фашистскими захватчиками / Здоровоохранение Белоруссии. – 1974. – №8. – С.35-37.
3. Два новых памятника будут открыты в Могилёве к 65-ой годовщине освобождения Беларуси / Официальный сайт Могилёвского областного исполнительного комитета www.region.mogilev.by. Дата доступа: 21.01.2010 г.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БУДА-КОШЕЛЁВСКОГО РАЙОНА В КОНЦЕ XIX ВЕКА

Корсак С.С.

УЗ «Буда-Кошелёвская центральная районная больница»

В 2006 г. в учреждении здравоохранения (УЗ) «Буда-Кошелёвская центральная районная больница (ЦРБ)» был открыт Музей истории здравоохранения (МИЗ) Буда-Кошелёвского района Гомельской области. За весь период своего существования в МИЗ были собраны экспонаты, относящиеся лишь к XX веку. Отсутствовала объективная информация о здравоохранении района, относящаяся к XIX веку.

Работа с архивными документами в Национальном историческом архиве Беларуси (НИАБ) в 2012 г. позволила документально подтвердить существование в конце XIX века на нынешней территории Буда-Кошелёвского района учреждений здравоохранения.

В начале данного научно-исторического исследования необходимо было определиться в вопросе административно-территориального деления, которое существовало в конце XIX века, в отношении тех населённых пунктов, которые находятся в современных границах Буда-Кошелёвского района. Район, с его нынешней территорией, в тот исторический период относился к Могилёвской губернии Российской империи.

Большая часть нынешней территории района находилась тогда в Рогачёвском уезде: деревня Николаевка, относившаяся к Краснобудской волости, деревни Пенчин, Семёновка и Уваровичи, относившиеся к Руденецкой волости, деревни Чеботовичи, Глазовка, Ивольск и Морозовичи, относившиеся к Чеботовичской волости. Меньшая часть района находилась в Гомельском уезде: деревня Кривск, относившаяся к Довской волости, деревни Кошелёв, Бушевка и Потаповка, относившиеся к Кошелёвской волости, деревня Заболотье, относившаяся к Луковской волости, деревня Рогинь, относившаяся к Меркуловичской волости, деревня Недойка, относившаяся к Недойской волости.

В процессе кропотливой работы с архивно-историческими первоисточниками и их микрофотокопиями были найдены 7 исторических документов (Протоколы заседаний Врачебного Отделения Могилёвского губернского Правления), относящиеся к 1892 г. (4 документа) и 1885 г. (3 документа).

Отпечатанные типографским способом бланки этих Протоколов выглядят следующим образом: ПРОТОКОЛЬ ВРАЧЕБНАГО ОТДѢЛЕНІЯ МОГИЛЕВСКАГО ГУБЕРНСКАГО ПРАВЛЕНІЯ « » 18 года. ДѢЛО 18 года №.

Тексты этих Протоколов написаны чёрными чернилами, от руки и, как правило, неплохим подчерком. Сложности при их прочтении и анализе были обусловлены: старорусским алфавитом, устаревшим стилем изложения, наличием сокращений и не всегда разборчивым почерком.

Все эти Протоколы подписаны четырьмя должностными лицами: губернским

Врачебным Инспектором, помощником Врачебного Инспектора, совещательным членом и делопроизводителем.

Ниже изложены выдержки из всех найденных исторических документов с сохранением оригинальной стилистики и пунктуации их изложения, нерасшифрованными сокращениями и современной орфографией. Хронология их размещения соответствует хронологии их поиска: от конца 1992 г. – к началу 1985 г. XIX века.

Дело № 368 / 17 декабря 1892 года, страница 487 (оборот).

«...Мещанин Гомельского уезда Уваровичского еврейского общества Израиль Лейзерова Фиглин...просит подвергнуть его испытанию в знании цирюльничьих обязанностей и выдать установленное свидетельство на звание цирюльника и оспопрививателя...».

Дело № 196 / 19 ноября 1892 года, страница 448 (оборот).

«...В удовлетворение заслушанного ходатайства и для пользы службы Врачебное отделение полагает: ...перевести фельдшера Круглянского приёмного покоя 2-го медицинского участка Могилёвского уезда Хватевского в Кошелёвский приёмный покой 2-го медицинского участка Рогачёвского уезда с низшим окладом содержания и фельдшера Кошелёвского приёмного покоя 2-го медицинского участка Рогачёвского уезда Мануила Лобанова - в Поповский приёмный покой 2-го медицинского участка Гомельского уезда, с высшим окладом содержания; о чём дать знать подходящим сельским врачам и уведомить уездные Распорядительные Комитеты...».

Дело № 185 / 13 ноября 1892 года, страница 437 (оборот).

«...Для пользы службы назначить...в настоящем году...в Дрибинскую сельскую лечебницу 2-го медицинского участка Чаусского уезда Ивана Пашкевича на вакансию; фельдшера Кошелёвского приёмного покоя 2-го медицинского участка Рогачёвского уезда Морозова перевести в Могилёвский фельдшерский пункт 2-го медицинского участка Климовичского уезда и...сего...направить в Кошелёвский приёмный покой 2-го медицинского участка Рогачёвского уезда...».

Дело № 16 / 03 февраля 1892 года, страница 33 (оборот).

«...Справка: Рогачёвский сельский врач 2-го участка, рапортом от 25 января сего года за № 13, донёс Врачебному отделению, что фельдшер Кошелёвского приёмного покоя 2-го медицинского участка Рогачёвского уезда Фридрих Геппень умер 21-го января.

Постановлено: на открывшуюся вакансию фельдшера при Кошелёвском приёмном покое 2-го медицинского участка Рогачёвского уезда назначить исполняющим должность фельдшера по вольному найму с низшим окладом содержания, состоящего в запасе армии младшего медицинского фельдшера Ануфрия Морозова, о чём дать знать Рогачёвскому сельскому врачу 2-го участка и уведомить тамошний уездный Распорядительный Комитет...».

Дело № 9 / 06 сентября 1885 года, страница 330 (оборот).

«...Постановлено: разрешить фельдшерам Рогачёвской сельской лечебницы Максиму Инспектору и Кошелёвского приёмного покоя Поплендеру отпуска: первому – в город Могилёв и уездный Гомель на 14 дней с 1 октября сего года и второму – в город Могилёв на 15 дней с 15 сентября...

Исполнение обязанностей означенных фельдшеров на время их отпусков поручено фельдшерам ближайших участков, по усмотрению врача – (Рогачёвского сельского врача 2-го участка)...».

Дело № 110 / 03 апреля 1885 года, страница 99 (оборот).

«...Постановлено: перевести фельдшера Лобановского санитарного участка Чериковского уезда Ивана Лещиковского в Чеботовичский участок Гомельского уезда (по семейным обстоятельствам).

Закон: пункт 6 приложения к статье 7 тома XIII уст. врач. по продолж. 1876 года...».

Дело № (б/н) / 29 января 1885 года, страница 34 (оборот).

«... Бывший при Кошелёвском приёмном покое фельдшер Эстрин, переведённый Отделением 24-го декабря 1884 года в Соинский санитарный участок Мстиславского уезда, будучи поставлен своим семейным положением и дальностью расстояния до места нового назначения, при крайней ограниченности материальных средств, в за-

труднительное положение, ходатайствует о переводе его, если уже невозможно оставление при приёмном покое, в один из ближайших к Кошелёву участков.

Закон: пункт 6 приложения к статье 7 тома XIII уст. врач. по продолж. 1876 года.

Постановлено: фельдшера Соинского санитарного участка Эстрина перевести в Луковский участок, на место фельдшера Рутенбурга, которого назначить в Рачковский участок...».

Найденные исторические документы (7 Протоколов заседаний Врачебного Отделения Могилёвского губернского Правления), относящиеся к 1892 и 1885 гг. XIX века, обогатили документальную экспозицию МИЗ Буда-Кошелёвского района (были сделаны ксерокопии всех этих документов), и расширили исторический кругозор в отношении почти 130-летнего прошлого нашего районного здравоохранения.

К ИСТОРИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНТРОЛЬНО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ УП «ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗ И ИСПЫТАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Кравец М.М., Майсак И.А.

УП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении»

Способность ведомства - Министерства здравоохранения Республики Беларусь, регламентирующего сферу обращения лекарственных средств, осуществлять инспектирование качества лекарственных средств напрямую связана с эксплуатационными возможностями национальной лаборатории по контролю качества, этой лабораторией является Республиканская контрольно-аналитическая лаборатория УП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» (далее-РКАЛ). Результаты лабораторной оценки репрезентативного образца лекарственного средства, позволяют делать заключение об истинном качестве лекарств, применяемых в медицинской практике в стране. В 1963г. Минская областная контрольно-аналитическая лаборатория приказом Министерства здравоохранения БССР от 12.01.1963г №3 была реорганизована в Республиканскую лабораторию, а 1964 году Республиканская лаборатория размещается на отдельных площадях по адресу г.Минск, ул. Калинина, д. 16., лаборатория оснащается новыми для этого периода времени, приборами (рН-метром, спектрофотометром, фотоэлектроколориметром), что позволило применять кроме объемных и физико-химические методы анализа.

Контрольная лаборатория должна быть эффективной, и только при этом условии на предоставляемые ею аналитические данные можно полагаться. Если эти данные позволяют точно описать свойства анализируемых образцов, сделать правильные заключения относительно качества каждого лекарственного средства и эти результаты являются адекватной основой для последующих законодательных действий.

РКАЛ аккредитована в системе аккредитации Республики Беларусь национальным органом по аккредитации. Аттестат аккредитации (Регистрационный номер ВУ/112 02.1.0.0375) впервые получен лабораторией 29 мая 2000 года и область аккредитации, прилагаемая к настоящему аттестату постоянно пополняется новыми методами испытаний согласно методикам Государственной Фармакопеи Республики Беларусь. Наличие аттестата аккредитации подтверждает официальное признание компетентности испытательной лаборатории в пределах области аккредитации гарантии достоверности результатов испытаний и выдачу заключений относительно соответствия лекарственных средств требованиям нормативных документов производителя, утвержденных при регистрации.

Целью политики лаборатории в области проведения испытаний проверки качества лекарственных средств является защита потребителя от реализации на территории Республики Беларусь некачественных и фальсифицированных лекарственных средств.

Достижение указанных целей и задач осуществляется путем:

обеспечения соответствия аккредитованной контрольно-аналитической лаборатории требованиям СТБ ИСО/МЭК 17025-2007; постоянного повышения технического и организационного уровня по проверке качества лекарственных средств, отбору проб и проведению испытаний, применения современных методов проверки качества продукции; обеспечения объективности и достоверности отбора проб и проводимых испытаний; постоянного повышения профессионального уровня персонала, проводящего испытания; повышения экономической эффективности работы за счет рационального использования имеющихся технических, экономических и организационных ресурсов; постоянного повышения результативности системы менеджмента.

Уровень специалистов–профессионалов – определяющий фактор масштаба и значимости лаборатории. Специалисты РКАЛ обладают высокой технической компетентностью, сильной мотивацией, способностью критически мыслить и профессиональной добросовестностью. В настоящее время в лаборатории работает 25 специалистов, из них 17 с высшим фармацевтическим или химическим образованием, (3 имеют два образования - как фармацевтическое, так и химическое). В лаборатории 13 провизоров имеют квалификационные категории, что говорит о высокой теоретической и практической подготовке кадров лаборатории, осуществляющих проверку качества лекарственных средств. Уровень компетентности кадров подтверждается сертификатами участника межлабораторных сличительных испытаний, проводимых органом по аккредитации поверочных, испытательных и калибровочных лабораторий БелГИМ и сертификатами участника раундов Программы профессионального тестирования лабораторий контроля качества лекарственных средств, организованными ГП «Украинский научный фармакопейный центр качества лекарственных средств» при поддержке Государственной инспекции по контролю качества лекарственных средств МОЗ Украины, Государственного комитета Украины по вопросам технической регуляции и потребительской политики, Ассоциации фармацевтических производителей Украины.

Для проведения проверки качества образцов лекарственных средств по всем показателям нормативных документов производителя методами в соответствии с требованиями ГФРБ лаборатория постоянно оснащается и переоснащается, что требует от специалистов соответствующих знаний. Так в 2010г. приобретено новое современное оборудование (ИК-Фурье, паровый пробоотборник, титратор кулонометрический), в 2011г. 2 новых жидкостных хроматографа с диодно-матричным детектором и автосамплером, газовый хроматограф с автосамплером, автоматические поляриметр и рефрактометр, система очистки воды, для использования ее на приборах ВЭЖХ).

По приглашению ВОЗ, совместно с ЮНИСЕФ, UNFPA, UNITAID и при поддержке Мирового Банка (the World Bank), РКАЛ предложено представлять интересы ВОЗ после прохождения инспектирования по программе предварительной оценки лаборатории на соответствие требованиям к контролю качества лекарственных средств. Требования к лабораториям изложены в Процедуру оценки принципиальной приемлемости контрольно-аналитических лабораторий для их использования в агентствах Объединенных Наций, принятой в 2003 Экспертным Комитетом ВОЗ по спецификациям на фармацевтические препараты, опубликованной как часть 38-го отчета Комитета (№917 в Технической отчетности ВОЗ) в 2004, и исправленной впоследствии как часть 41-го отчета Комитета, опубликованного под №943 в Технической отчетности ВОЗ в 2007.

Цель данного приглашения представлять ЕОІ – стимулировать проведение испытаний фармпродуктов на международном уровне контрольно-аналитическими лабораториями, отвечающими рекомендациям ВОЗ стандартам проверки качества, и увеличить число контрольно-аналитических лабораторий с доказанной приемлемостью для их использования в агентствах Объединенных Наций.

Участие в процедуре предварительной оценки добровольное. Это приглашение не ограничивается лабораториями из специфических регионов. Однако ВОЗ оставляет за собой право отдавать приоритет по оценке:

- Национальным контрольным лабораториям или лабораториям, проводящим испытания для правительства соответствующей страны.
- Контрольным лабораториям в регионах, где агентства Объединенных Наций считают необходимым проведение контроля качества.

В 2010 году руководство предприятия принимает решение о необходимости получения Республиканской лабораторией, как лабораторией выполняющей контроль качества лекарственных средств, независимого международного признания ее результатов испытаний. Заведующим РКАЛ Кравец М.М. и заместителем заведующего Майсак И.А. подготовлены материалы по Программе преквалификации ВОЗ в январе 2011 года в Женеву во Всемирную организацию здравоохранения НТР/PSM/QSM направлено приглашение на проведение инспектирования Республиканской лаборатории для оценки уровня функционирования лаборатории в соответствии с требованиями Належащей практики национальных фармацевтических и контролирующих лабораторий.

В июле 2011 года проведена инспекция лаборатории экспертами ВОЗ на предмет преквалификации ВОЗ лаборатории. Система качества в лаборатории получает положительную оценку (критические недостатки отсутствуют), при этом даны рекомендации по устранению двух значительных и ряда незначительных отклонений. Для принятия решения о признании Республиканской лаборатории, соответствующей требованиям ВОЗ, и включения в Перечень преквалифицированных ВОЗ лабораторий по контролю качества, которые считаются приемлемыми для использования учреждениями ООН и других благотворительных организаций. В настоящее время лабораторией выполнены все пункты по плану корректирующих мероприятий системы качества и ведется работа по его реализации.

Контрольно-аналитические лаборатории, отвечающие рекомендованным международным стандартам контроля качества лекарственных средств, могут взять на себя обязательство по проведению испытаний препаратов, используемых в лечении ВИЧ/СПИД, туберкулеза, малярии и в репродуктивной медицине и представлять "выражение интересов" (an Expression of Interest (EOI)) только после включения в перечень лабораторий прошедших предварительную оценку ВОЗ на соответствие требованиям к контролю качества.

СОСТОЯНИЕ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ТЮРЬМАХ В КОНЦЕ XVIII-НАЧАЛЕ XIX вв.

Кралько А.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Конец XVIII - начало XIX вв. можно считать периодом, когда тюрьмы становятся объектом научного изучения. Интерес к тюремной проблеме в России возник после опубликования работ Джона Говарда, с которыми ознакомилась Екатерина II. Кроме того, считается, что важным поводом для того, чтобы обратить внимание на тюрьмы, послужило посещение России самим Д. Говардом. При непосредственном участии Екатерины II был подготовлен Устав о тюрьмах, в котором учитывался опыт передовых европейских стран.

Проект впервые предусматривал соблюдение правил санитарии и гигиены при выборе места для постройки тюрем. Особое внимание уделялось устройству тюремных больниц, которые должны были иметь два отделения – мужское и женское. Несколько пунктов Устава описывали порядок приема в тюремные больницы: перевод в больницу должен был осуществляться только после осмотра больного врачом, для рожениц обязывалось «по дозволению доктора или лекаря посылать из города повивальную бабку». Поступающие больные должны были переодеваться в специальную больничную одежду. Устанавливался график приема пищи больными, по указанию доктора для отдельных больных могло готовиться особое питание. Содержание в тюремной больнице было бесплатно только для неимущих, для остальных категорий – платное, но оговаривалось «цену платежа за излечение установить весьма умеренную». Был разработан проект больничных штатов, которые зависели не от количества здоровых или больных арестантов, а от наличия основных отделений тюрьмы. Однако этот проект Екатерины II так и не был оформлен государственным указом, хотя есть

утверждения, что в Петербурге и Москве для показа иностранцам были устроены места заключения по ее проекту.

С точки зрения истории медицины представляют интерес сведения, которые приводит М.Н. Гернет, сравнивая первоначальный рукописный проект Екатерины II с его окончательным вариантом. Так, в первоначальном проекте «Положения о тюрьмах» была статья, предписывавшая чинам тюремной администрации «всякие три часа смотреть каждую часть, есть ли посаженные налицо и здоровы ли они». В окончательный вариант проекта это положение не вошло. Однако пункт 36 обязывал надзирателя уведомлять вышестоящего тюремщика о выявленном больном «дабы с рачением осмотрен и пользован был и не лишился бы жизни или здоровья от нерачения или непризрения».

Ценные сведения о состоянии медико-санитарного обеспечения в тюрьмах той эпохи имеются в письменных ответах Екатерины II англичанину Коксу, который посетил Россию в 1778 – 1779 гг. Ему было разрешено осмотреть тюрьмы в нескольких городах, и он получил от императрицы через ее статс-секретаря письменные ответы на предложенные ей вопросы о тюрьмах и о больницах в России, которые затем опубликовал в своей книге. На вопрос о мерах для поддержания чистоты в тюрьме и для предупреждения заразных болезней, Кокс получил ответ: «В силу благоприятного для заключенных обыкновения им позволяют во многих местах ходить в баню». На вопрос, имеются ли при тюрьмах больницы, Екатерина отвечала, что они имеются не везде. Гернет М.Н. отмечает несоответствие ответа на этот вопрос действительному положению вещей, так как тюремных больниц в то время нигде не было. Кроме того, он приводит доказательства из архивных источников, что в рукописи Екатерины редакция этих ответов была иная, более подробная. Ответ на вопрос Кокса о мерах для предупреждения болезней в тюрьмах в рукописи звучит так: «Об оном точного законоположения нет, но зависит от попечения тех судебных мест, в чьем ведомстве состоят колодники, вследствие чего в 17-м пункте инструкции караульным офицерам при Московской розыскной экспедиции предписано с определенным лекарем осматривать больных колодников и их пользоваться».

Наиболее значимым документом, регулирующим порядок тюремного заключения в екатерининское время, был законодательный акт под названием «Учреждение об управлении губерниями» 1775 года. Этим законом учреждались смиренные и работные дома, которые, на наш взгляд, в числе других функций выполняли и функции современных лечебно-трудовых профилакториев. Так, среди лиц «непотребного и невоздержанного жития», которые могли быть направлены в смиренный дом, перечислялись «рабы ленивые и гуляки, кои все пропивают и проматывают». Медико-санитарное обеспечение лиц, содержащихся в смиренных домах, регулировалось статьей 391 указанного документа: смиренному дому надлежало быть на вольном воздухе, здесь же содержалось требование лечения больных арестантов.

Имеются сведения, что во времена правления Екатерины II издавался ряд указов медико-санитарного содержания в отношении заключенных: об отпуске 200 р. в год на медикаменты для тюрем столиц, указ от 2 марта 1775 г. о нормах пищевого довольствия и об одежде для колодников Таганрога, Ревеля и Риги, а также указ того же года «О прибавке Полоцкой казенной палате на содержание и отправление колодников», «О производстве ссылочным одежде, обуви, провианта и кормовых денег», «О порядке отправления колодников и довольствия их платьем и обувью» и др.

В целом историки склонны считать, что во второй половине XVIII века в отношении тюрем было «больше говорено, чем сделано, а то, что было говорено, не было серьезно, так как не шло дальше неопределенных фраз, лишенных практического значения».

В начале XIX в. вышел ряд указов, решавший некоторые вопросы медико-санитарного характера: из каких сумм пользоваться больным арестантов; отпускать суммы на содержание детей арестантов; продовольствовать пойманных дезертиров, бродяг и беглых провиантом; прибавлено «кормовых денег» арестантам в Архангельске; сделано распоряжение о снабжении перепровождаемых из одного места в другое арестантов нужною по времени года одеждой и обувью; устроены особые богадельни для призрения преступников за старостью, слабостью или увечьем; назначены суммы на

отопление и освещение тюрем в уездных городах Петербургской губернии; об отоплении и освещении тюрем из городских и земских сумм; назначены кормовые деньги чиновникам, содержащимся под стражей.

Определенным толчком для привлечения внимания государства к тюремным проблемам явилась поездка в Россию английского филантропа Вальтера Веннинга, который у себя на родине создал Лондонское общество улучшения мест заключения, цель которого – распространение идей Д. Говарда о преобразовании тюрем во всем мире в соответствии с требованиями христианской морали. Веннингом была составлена записка «О состоянии мест заключения и меры по их улучшению» (1817 г.), которая заинтересовала императора Александра I. В записке отражались фактические условия отбывания наказаний в тюрьмах. Так, осмотрев места заключения в Петербурге, он, в частности, обнаружил, что камеры были чрезвычайно тесны, мужчины не отделялись от женщин, требования санитарии и гигиены не соблюдались.

После посещения России В. Веннингом, было создано Попечительное о тюрьмах общество, правила для которого утвердил сам император. В ряде случаев общество пыталось решать вопросы тюремной санитарии, гигиены и медицины. Преобразованием современной санитарно-просветительной работы можно считать установление специальным параграфом устава общества запрета употребления в тюрьме спиртных напитков – рекомендовалось на видных местах прибивать в тюрьмах «печатные правила», воспрещающие употребление таких напитков.

Лисицын В.М. анализируя положение в Гродненской тюрьме начала XIX века, отмечает, что в то время вопросами медицинского обеспечения занимались врачебные управы. «Лишь при необходимости в тюрьму вызывались городские врачи, которые не всегда охотно посещали тюремные замки из-за крайне малого вознаграждения за этот труд. Циркуляр МВД 1821 года предписывал городским врачам не под каким предлогом не отказывать в медицинской помощи больным арестантам. В случае отказа предлагалось подвергать таких врачей дисциплинарным взысканиям». Отмечались факты злоупотребления со стороны медицинских работников, которые происходили, по мнению властей, из-за слабого контроля со стороны губернской врачебной управы за действиями медицинских чиновников в губернии. В целях экономии средств предписывалось отпускать для нужд больных арестантов только самые необходимые лекарства при строгом учете их прямого использования.

К XIX в. возрастание роли тюремного заключения в системе карательных мер вызвало необходимость разработки правовых актов, регламентирующих порядок и условия исполнения данного вида наказания. К 1804 году исследователи относят издание Положения о должности смотрителя тюремного замка в Москве и о должности караульного офицера в тюремном замке. Согласно этому документу при тюрьме был свой лекарь. За чистотой в камерах следил выборный староста, причем чистота воздуха достигалась посредством сжигания кустов можжевельника. Смотритель тюрьмы являлся вместе с тем ответственным за своевременный перевод заболевших в больницу.

В 1819 г. петербургский губернский прокурор составил проект местной инструкции, который был утвержден военным губернатором. Этот документ был очень кратким, но, в частности, устанавливал правила об очередных дежурствах при тюремной больнице. В последующие годы были приняты документы, распространявшие свое действие на все тюрьмы: Инструкция смотрителю губернского тюремного замка (1831 г.), Свод учреждений и уставов о содержащихся под стражею (1832 г.), Уложение о наказаниях уголовных и исправительных (1845 г.).

В Инструкции смотрителю губернского тюремного замка подробно излагались основные правила тюремного распорядка, в том числе медико-санитарные вопросы. Это, пожалуй, был первый документ, в котором государство начинает специально регулировать порядок медицинского обслуживания арестантов. В ней впервые определены функции больницы, регламентировался прием больных, их лечение и содержание, выписка выздоровевших, излагалась инструкция по разным должностям при больнице. Подчеркивается, в частности, что условия содержания в тюремном лазарете и лечение должны полностью соответствовать общим правилам в больницах.

Врач в тюремном замке обладал довольно большими полномочиями (помимо

собственно лечения больных). Он обязан был обходить тюремный замок «всякий день и уверяться о состоянии тюремного замка в предметах, относящихся к сохранению здоровья арестантов». Если при этом врач найдет «где-либо нечистоту или воздух спертый или нечистый, то немедленно прикажет младшему надзирателю или надзирательнице об исправлении, а в нужных случаях объявит и смотрителю». Врач «отведывает» пищу и питье, «заготавливаемые в тюремном замке, и в случае дурного качества уведомляет о том смотрителя; также осматривает приносимые в подавание припасы, дабы не было в них примешано вредного». Раз в неделю предусматривалось мытье в бане и регулярная смена постельного и нательного белья. Предписывалось давать арестантам пищу «умеренную, хорошего качества». В инструкции описан минимальный рацион питания, в зависимости от сословия.

Инструкция требовала производить медицинский осмотр доставленного арестанта и помещать его в зависимости от результатов осмотра в тюрьму или больницу. По мнению М.Н. Гернета это новшество не получило практически своего осуществления до конца существования царской власти. Эта инструкция напоминала екатерининский проект Устава о тюрьмах своей нежизнеспособностью. «Регламентация всего тюремного распорядка столько же подробна, сколько смешна: все предусмотрено, все предписано, не забыто требование, чтобы арестанты, встав ото сна, умывались и причесывались, но при этом «забыто», что тюрьмы не были снабжены самыми простыми умывальниками и водой в достаточном количестве. Такой же нежизненный характер имели статьи о перемене белья, о мытье в банях, о чистоте и гигиене. Эти статьи были плодом канцелярского творчества и оставались только на бумаге, не уничтожая тюремной грязи и осторожного хаоса». И далее М.Г. Гернет утверждает, что тюремные больницы почти нигде не существовали.

В другом документе – Своде учреждений и уставов о содержащихся под стражею, изданном в 1832 г., имеются нормы, подробно регулирующие порядок исполнения и отбывания наказания в С.-Петербургском исправительном заведении, составлявшие в совокупности его устав, которым предписывалось руководствоваться и во всех других смиренных домах. Одежду, пищу и «вообще все потребное» арестанты получали от заведения, в зависимости от сословной принадлежности. Постель состояла из складного соломенника, толщиной для чиновных в два, а для «простолюдинов» в один вершок. Помещения столовых также были отдельными, соответственно различался и состав пищи. Для чиновных чаши, блюда и ложки должны были быть оловянными, тарелки – из простого фаянса; деревянные вилки клались на стол только в тех случаях, когда подавались говядина или рыба, или прочая пища, употребление которой без вилок «не опрятно»; столы покрывались скатертью, вокруг стола предусматривались утиральники, по одному на пять или шесть человек, а для исправляющихся полагались салфетки. Для «простолюдинов» посуда полагалась деревянная, столы также покрывались скатертью, предусматривались и утиральники по той же норме. Палаты предписывалось устраивать на возможно меньшее число людей; кроме того, полагалось иметь несколько одиночных спален.

В целом, Свод учреждений и уставов о содержащихся под стражею достаточно подробно регулировал вопросы отбывания тюремного заключения. Размещение арестантов зависело (помимо пола и возраста) от сословной принадлежности, а также от «важности» преступлений. При расчете необходимых средств для питания за основу брался солдатский паек на одного человека, а именно: муки два с половиной фунта в сутки и крупы полтора гарнца в месяц, по высшим справочным ценам, существовавшим в ноябре минувшего и в апреле текущего года. Содержание арестантов могло улучшаться поступающими в их пользу подающими, однако для сбора милостыни арестанты ни в коем случае не должны были отпускаться.

Таким образом, в рассматриваемый исторический период отмечается выраженная тенденция со стороны государства урегулировать медико-санитарные вопросы содержания заключенных законодательными актами, однако реализация их норм была затруднена.

ЖИЗНЬ И ТВОРЧЕСТВО ВЕЛИКОГО УЧЕНОГО И ВРАЧА

РОБЕРТА КОХА

Кривошеева Ж.И., Морозкина Н.С., Емельянова Н.А., Стародубец К.Х.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

24 марта 2012 г. исполнилось 130 лет со дня открытия Р. Кохом возбудителя туберкулеза и 30 лет со дня официального объявления Всемирного дня борьбы с туберкулезом.

Немецкий врач и бактериолог Генрих Герман Роберт Кох родился в Клаусталь-Целлерфельде 11 декабря 1843 г. Его родителями были Герман Кох, работавший в управлении шахт, и Матильда Юлия Генриетта Кох (Бивенд). В семье было 13 детей, Роберт был третьим ребенком. К 5 годам мальчик умел читать и писать. В 1851г. Роберт поступил в гимназию Клаусталя, учеба давалась легко, и через четыре года он уже был первым учеником в классе. Его дедушка и дядя были натуралистами-любителями и поощряли интерес ребенка к занятиям естественными науками. В школьные годы мальчик собрал прекрасную коллекцию мхов, лишайников, насекомых и минералов. Окончив в 1862 г. гимназию, Р. Кох сразу поступил в Геттингенский университет, где в течение двух семестров изучал естественные науки, физику и ботанику, а затем начал изучать медицину. Важнейшую роль в формировании интереса студента к научным исследованиям сыграли многие его университетские преподаватели, в том числе анатом Иаков Генле, физиолог Георг Мейсснер и клиницист Карл Гассе. Теоретически убедительные аргументы университетских дискуссий о микробах и природе различных заболеваний, знаменитые публикации Луи Пастера о микробной теории брожения и невозможности самопроизвольного зарождения живых организмов из неживого вещества, заинтересовали молодого Коха, хотя практическая их проверка оказалась с точки зрения технологии того времени невозможной.

Через год после окончания университета Р. Кох женился на Эмме Адельфине Жозефине Фрац, у них родилась дочь. В это время молодой врач не имел постоянной работы и служил в различных больницах в пяти городах Германии. Он пытался организовать частную практику, и одно время врачебный кабинет Р. Коха был совмещен с жилой комнатой, а из оборудования молодой исследователь имел лишь микроскоп, который ему подарила супруга на день рождения. Через несколько лет Кох обосновался в немецком городе Раквице и вскоре стал известным и уважаемым врачом.

В 1870 году во время франко-прусской войны Р. Кох добровольно работал в полевом госпитале, где приобрел большой опыт в лечении инфекционных болезней, в частности, холеры и брюшного тифа. Одновременно, несмотря на сильную близорукость, он изучал под микроскопом водоросли, крупные микробы и совершенствовал свое мастерство в микрофотографии. Через год после демобилизации последовало назначение уездным санитарным врачом в г. Вольштейн (на границе Польши и России). Кох обнаружил, что в окрестностях города распространено эндемическое заболевание сибирская язва, которое распространяется среди крупного рогатого скота, овец и поражает легкие, лимфоузлы, вызывает карбункулы кожи. Ученый проводил все свое время за микроскопом, изучая возбудителя, который предположительно вызывал сибирскую язву. В результате серии тщательных, методичных экспериментов, исследователь впервые установил бактериальное происхождение заболевания и доказал, что единственной причиной сибирской язвы была бактерия *Bacillus anthracis*. Он доказал также, что эпидемиологические особенности сибирской язвы обусловлены циклом развития этой бактерии. Статьи с описанием и микрофотографиями возбудителя сибирской язвы, а так же лабораторных методов, в т. ч. окраски бактериальной культуры, были опубликованы в 1876 и 1877гг в университете Бреслау (ныне г. Вроцлав). Результаты исследований были представлены Паулю Эрлиху и ученым лаборатории Конгейма и сразу принесли автору широкую известность, благодаря чему Р. Кох в 1880 году назначается правительственным советником в Имперском отделении здравоохранения в Берлине. Уже через год ученый опубликовал работу «Методы изучения патогенных организмов» («Methods for the Study of Pathogenic Organisms»), где описал способ выращивания микробов на твердых средах, с помощью которого впервые стало возмож-

ным изучение чистых изолированных бактериальных культур.

После того как Кох опубликовал резко критические отзывы о пастеровских исследованиях, касающихся сибирской язвы, между двумя выдающимися учеными вспыхнула острая и нелицеприятная дискуссия, продолжавшаяся несколько лет, которую они вели как на страницах журналов, так и в публичных выступлениях. Смерть Л. Пастера примирила двух гениев. Незадолго до своей кончины Р. Кох посетил Пастеровский институт в Париже. Он попросил проводить его к усыпальнице великого Пастера, опустился на колени и склонил голову.

В то время в Германии от туберкулеза умирал каждый седьмой человек, это заболевание было одной из главных причин смертности. Туберкулез считался наследственной болезнью, и поэтому попыток борьбы с ним не предпринималось. Ученый решил попытаться счастья и найти возбудителя туберкулеза. Он исследовал под микроскопом легкие людей, умерших от туберкулеза, предварительно высушив и окрасив препараты растворами красителей синего, красного или фиолетового цвета. Рассматривая однажды под микроскопом такой препарат, окрашенный в синий цвет, Кох заметил между тканями легкого многочисленные тоненькие палочки, которые группировались по несколько штук сразу, наподобие папирос в коробке. Для того чтобы из найденных бактерий можно было получить культуру, в которой микроорганизмы могли размножаться, ученый придумал питательную среду, подобную живым тканям, и использовал сыворотку животной крови, которую ему удалось раздобыть на бойне. Выращенными таким образом чистыми культурами бактерий, ученый заразил несколько сот подопытных животных разных видов, и все они заболели туберкулезом. Кох считал, что человек может заразиться туберкулезом только через вдыхание этих палочек, и для доказательства этого он провел сложный эксперимент. Опыт проходил следующим образом: в герметически закрытый ящик с подопытными животными нагнетали воздух с рассеянными живыми туберкулезными палочками. И через некоторое время экспериментальные животные, находившиеся в ящике, погибли от туберкулеза. 17 лет упорной работы в лаборатории и удачные эксперименты с заражением подопытных животных палочками, выделенным из легких и мокроты людей, больных туберкулезом, позволили ученому представить убедительные данные об открытии им возбудителя туберкулеза.

24 марта 1882 г на заседании Физиологического общества в Берлине Роберт Кох выступил с триумфальным докладом «Об этиологии туберкулеза». Столетие со дня открытия Р. Кохом возбудителя туберкулеза широко отмечалось мировой общественностью, а день 24 марта был объявлен официальным Всемирным днем борьбы с туберкулезом.

Исследования ученого были прерваны, когда он по заданию германского правительства в составе научной экспедиции уехал в Египет и Индию для изучения причин эпидемии холеры. Во время исследований в Индии Кох обнаружил в экскрементах людей, заболевших холерой, и в водах Ганга, куда сбрасывали трупы умерших от этой болезни, одни и те же по виду вибрионы. Исследователь объявил, что он выделил микроб, вызывающий холеру и доложил о своем открытии на медицинской конференции в Берлине в июле 1884 г. За это исследование ученый получил почетный орден и 100 000 марок.

В 1885 г. Кох стал профессором Берлинского университета и директором только что созданного Института гигиены. Он стал ученым, определяющим направления развития здравоохранения, и, в частности, ответственным за координацию исследований и практических мер в борьбе с такими инфекционными заболеваниями, как брюшной тиф, малярия, чума крупного рогатого скота, сонная болезнь (трипаносомоз) и чума человека.

В жизни творца и ученого Роберта Коха можно увидеть две роли: самоотверженного «землепроходца» в науке и властолюбивого, стремящегося к почету человека. Оказавшись на вершине славы, Кох, как и Вирхов, категорически был против учения своих выдающихся ученых-современников. Он выступал не только против Л. Пастера, но и против создателя теории иммунитета И. И. Мечникова. В своем докладе, Кох заявил, что учение Мечникова об иммунитете «о борьбе между паразитами и белыми кровяными тельцами» является недоказуемым, и что в данной ситуации главную роль

все-таки играют химические процессы. Лишь в последние годы жизни Кох согласился с теорией Мечникова. Более того, люди, мало знакомые с Кохом, часто считали его подозрительным и нелюдимым, однако друзья и коллеги знали его как доброго и участливого человека, поклонника Иоганна Гете и заядлого шахматиста.

В 1893 г. Кох развелся со своей первой супругой и женился на молодой актрисе Хедвиге Фрайбур.

Ученый продолжал лабораторные исследования и доказал, что определенные виды бактерий всегда вызывают определенную болезнь. Кроме того, Кох разработал метод селекции отдельных видов бактерий и их культивирования на искусственных средах. Он не оставлял изучение туберкулеза, сосредоточившись на поисках способов лечения заболевания, и в 1890 году объявил о том, что такой способ найден. Роберт Кох выделил так называемый туберкулин – стерильную жидкость, содержащую вещества, вырабатываемые бациллой туберкулеза в ходе роста, который вызывал аллергическую реакцию у больных туберкулезом. Однако оказалось, что препарат не обладал лечебным действием, более того – его введение сопровождалось токсическими реакциями. Это стало причиной острейшей критики препарата. Вспыхнувшие протесты против применения туберкулина стихли, лишь когда обнаружилось, что проба с туберкулином может использоваться в диагностике туберкулеза у людей и крупного рогатого скота.

В 1905 году Кох за «исследования и открытия, касающиеся лечения туберкулеза» был удостоен Нобелевской премии по физиологии и медицине. В Нобелевской лекции лауреат сказал, что, если окинуть взором путь, «который пройден за последние годы в борьбе с таким широко распространенным заболеванием, как туберкулез, мы не сможем не констатировать, что здесь были сделаны первые важнейшие шаги».

Роберт Кох был удостоен многих наград, в т. ч. прусского ордена Почета, присуждаемого германским правительством (1906), и почетных докторских степеней университетов Гейдельберга и Болоньи. Он был иностранным членом Французской академии наук, Лондонского королевского научного общества, Британской медицинской ассоциации и многих других научных обществ.

Роберт Кох скончался в Баден-Бадене от сердечного приступа 27 мая 1910 г.

«Благодаря гению и труду одного человека 75 миллионов людей, обреченных на гибель, могут быть возвращены к жизни и полезной деятельности. Никому не было дано совершить такой подвиг. Да он едва возможен в будущем, так как в медицине нет объекта, который по своему распространению и роковому значению равнялся бы с туберкулезом». (А.С. Шкляревский). Имя Роберта Коха и его гениальные открытия останутся в веках.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Крутилина Н.И., Минайло И.И., Пархоменко Л.Б.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

*ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и
медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»*

Клиническая радиология (лучевая терапия) – одна из молодых медицинских дисциплин. Ее рождение связано с крупнейшими научными событиями конца XIX столетия – открытием рентгеновского излучения (В.К. Рентген, 1895 г.) и явления радиоактивности (А. Беккерель, 1896 г.).

В Белоруссии научное становление онкологической и радиологической служб связано с постановлением Совета Министров БССР № 364 от 23.05.1959 года «Об усилении научных исследований по раку». В нем отмечены недостаточный уровень научных исследований по злокачественным новообразованиям, отсутствие материально-технической базы для проведения экспериментальных и клинических исследований по

проблеме рака, неудовлетворительные условия размещения и недостаточное оснащение отдельных онкологических диспансеров, отсутствие в них стационаров и радиологических отделений. Правительство республики постановляет о строительстве в загородной зоне г. Минска научно-исследовательского института онкологии и медицинской радиологии на 200 коек и 5 онкологических диспансеров с радиологическими отделениями и стационарами.

Первым директором института назначен Александров Николай Николаевич, который заложил фундамент и сформировал техническую и кадровую базу для широкого проведения научных исследований в области онкологии и радиологии. Александров Н.Н. особенно ярко проявил себя как организатор, ученый и педагог на должности директора созданного института, который стал одним из крупнейших научных центров онкологии и медицинской радиологии в СССР. Будучи хирургом Александров Н.Н. большое внимание уделял развитию радиологической службы республики. Им инициирована закупка современных ускорителей электронов, что нашло отражение в Постановлении Совета министров СССР от 8.09.1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению радиологической помощи населению». В постановлении, в частности, речь шла о строительстве специального помещения для линейного ускорителя и закупки ускорителя для БССР. За период 1960-1961 гг. получены гамма-установки ГУТСо-400 для Брестского, Барановичского и Витебского онкологических диспансеров.

Благодаря усилиям Н.Н. Александрова при поддержке руководителей республики уже с 1967 года в Белоруссии начали функционировать наряду с мощными гамма-терапевтическими установками первый отечественный линейный ускоритель и бетатрон фирмы «Simens». Для проведения качественной предлучевой подготовки по инициативе Н.Н. Александрова был приобретен симулятор «Симуликс» фирмы «Де Оуде Делфт». В этот период формируется техническая и кадровая база для широкого использования ионизирующих излучений в лечебной практике.

С момента основания НИИ онкологии и медицинской радиологии заместителем директора по науке и руководителем отдела высоких энергий являлся д.м.н., профессор, Лауреат Государственной Премии БССР Игорь Григорьевич Жаков (1960-1971 гг.). В 1982 г. И.Г. Жаков становится директором института, который возглавлял до 1990 г. И.Г. Жаков первым разработал и внедрил в практику онкологических учреждений нетрадиционные варианты распределения дозы излучения во времени. Он впервые предложил методику лучевой терапии по расщепленному курсу – «Split-cours», явившейся основой для разработки новых вариантов фракционирования дозы излучения во времени.

С 1973 по 2006 гг. руководителем отдела высоких энергий (лучевых методов лечения) являлась доктор медицинских наук, профессор, Лауреат Государственной премии Республики Беларусь Галина Владимировна Муравская. В этот период в НИИ ОМР интенсивно проводятся научные исследования по разработке нетрадиционных методов лучевой терапии онкологических больных. Основными направлениями научных исследований в области лучевой терапии в этот период были: разработка наиболее эффективных методов лучевой терапии на основе выбора рациональных дозовременных соотношений, в том числе с использованием радиомодификаторов; создание эффективных способов профилактики и лечения постлучевых повреждений; разработка программы гарантии качества лучевой терапии.

Большое внимание в этот период уделялось разработке и усовершенствованию технического и дозиметрического обеспечения аппаратурно-программного комплекса проведения лучевой терапии и разработке рациональных физико-дозиметрических условий облучения при различных локализациях опухолей. Большую работу в этом направлении проводил руководитель лаборатории медицинских источников ионизирующих излучений и математического обеспечения лучевой терапии доктор технических наук, профессор Игорь Германович Тарутин.

За высокий уровень научных разработок в области физико-технического и математического обеспечения лучевой терапии в 1973 г. и в 1982 г. награждены бронзовыми медалями ВДНХ СССР директор НИИ онкологии и медицинской радиологии МЗ БССР, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент АМН СССР Александр Н.Н., руководитель отдела высоких энергий, доктор медицинских наук, профессор

Муравская Г.В., руководитель лаборатории медицинских источников ионизирующих излучений и математического обеспечения лучевой терапии, доктор технических наук, профессор Тарутин И.Г. и заведующий радиологическим отделением Карась А.В.

Благодаря внедрению в клиническую практику новых разработок по применению крупнофракционированного предоперационного облучения в комбинированном лечении больных со злокачественными новообразованиями удалось повысить показатели 5-летней выживаемости на 18-22% у больных раком легкого (Муравская Г.В., Яськевич Л.С.), молочной железы (Муравская Г.В.), опухолями желудочно-кишечного тракта (Суколинский В.Н., Морозкина Т.С.), почки (Мавричев А.С.) и уменьшить частоту местных рецидивов с 18% до 3% при раке легкого, с 4% до 0,7% – при раке молочной железы, с 21% до 0% – при раке желудка, с 12% до 0% – при раке ободочной и прямой кишки I-II стадий и с 20% до 10% – при раке ободочной и прямой кишки III стадии.

На основе выбора рациональных дозо-временных соотношений разработаны эффективные нетрадиционные методы лучевой (химиолучевой) терапии, в том числе с применением радиомодификаторов злокачественных новообразований органов головы и шеи (Ваккер А.В., Слобина Е.В.), пищевода (Крутилина Н.И.), желудка (Сачивка Н.В.), легких (Минайло И.И., Улицкий П.И., Артемова Н.А.), молочной железы (Суровикина В.В.), прямой кишки (Слешинская Г.Ф.), мочевого пузыря (Головин А.И., Темченко Б.П.), лимфомы Ходжкина (Крутилина Н.И., Синайко В.В., Моисеева О.И.). В результате применения нетрадиционных вариантов фракционирования дозы излучения во времени частота полной резорбции опухолей увеличилась до 40% при немелкоклеточном раке легкого, до 88% – при мелкоклеточном раке легкого, до 93% – при лимфоме Ходжкина; увеличились показатели 5-летней выживаемости неоперируемых больных; снизилась частота развития рецидивов.

В этот период ведутся активные разработки методов комбинированного и сочетанного лучевого лечения больных со злокачественными новообразованиями женских половых органов. Применение отечественных шланговых аппаратов типа АГАТ-В позволило заметно расширить возможности практического использования внутриместной гамма-терапии рака женских половых органов и отказаться от строительства дорогостоящих защитных палат. Использование современных установок для дистанционной и внутриместной лучевой терапии, новых технологий и методов нетрадиционного фракционирования излучения во времени у больных раком шейки матки I-III стадий позволило повысить показатели 5-летней выживаемости пациенток на 10-20% и снизить частоту лучевых осложнений с 14% до 0,7% (Вишневская Е.Е., Косенко И.А., Литвинова Т.М., Океанова Н.И., Шелкович С.Е.). За разработку и внедрение в клиническую практику отечественных шланговых аппаратов и достигнутые результаты лечения онкогинекологических больных доктор медицинских наук, профессор Вишневская Е.Е. с группой ученых и разработчиков из России награждена премией Совета Министров СССР.

Достижения отечественных ученых в области клинической радиологии высоко оценены государством. За цикл работ «Решение проблемы повышения эффективности лечения онкологических больных путем разработки и внедрения в клиническую практику новых способов лучевой терапии» указом Президента Республики Беларусь №625 от 28 декабря 1998 года группе ученых в составе Муравской Г.В., Вишневской Е.Е., Крутилиной Н.И., Морозкиной Т.С., Суколинского В.Н., Тарутина И.Г. присуждена Государственная премия.

Наибольшего прогресса в Республике Беларусь лучевая терапия достигла за последнее десятилетие, когда под влиянием достижений в области ядерной физики и радиационной техники, а также успехов в области радиобиологии, онкологии и других фундаментальных наук, в результате внедрения автоматизации и компьютеризации в планирование и проведение лучевой терапии коренным образом изменились характер и направленность научного поиска в области лучевой терапии.

Улучшается оснащенность аппаратами для предлучевой подготовки и проведения лучевой терапии республиканского центра онкологии и медицинской радиологии и онкологических диспансеров республики. В настоящее время в республике имеется 11 ускорителей электронов, 19 гамма-установки для дистанционного облучения и 15 аппаратов для контактной лучевой терапии. Благодаря перевооружению парка аппаратов

для лучевой терапии стало возможным разработка и использование новых методов лучевой терапии: трехмерной конформной лучевой терапии; лучевой терапии с модуляцией интенсивности дозы (IMRT); стереотаксической лучевой терапии (SRS/SRT); четырехмерной конформной лучевой терапии; брахитерапии с использованием интегрированного рентгенотопометрического комплекса (IBU) под анестезиологическим пособием; брахитерапии опухолей предстательной железы с использованием высокой мощности дозы под контролем ТРУЗИ и планированием на системе SWIFT в реальном времени.

В настоящее время в Республике Беларусь имеется 790 (21%) радиологических коек, лучевая терапия используется у 50% онкологических больных. В этих условиях чрезвычайно важным для внедрения современных методов лучевой терапии в практическое здравоохранение и их эффективного использования в широкой онкологической практике чрезвычайно важным является подготовка высококвалифицированных кадров радиационных онкологов, а также дальнейшее совершенствование системы подготовки научных и врачебных кадров в области радиационной медицины. Поставленные задачи решает кафедра онкологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, которая с момента организации ее (1960 год) и по настоящее время на курсах переподготовки и повышения квалификации подготовила более 1 200 врачей-радиационных онкологов, из которых каждый третий имеет высшую квалификационную категорию, каждый второй – первую и каждый шестой – вторую квалификационную категорию.

Таким образом, достижения отечественной радиологии совершенно очевидны. Лучевая терапия заняла ведущее место в клинической онкологии и стала одним из основных перспективных и динамично развивающихся методов лечения онкологических больных.

ИСТОРИЯ ПЕЧАТНОЙ РЕКЛАМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ

Кугач А.А.

Могилевское РУП «Фармация»

В соответствии с Законом Республики Беларусь от 10.05.2007 N 225-З «О рекламе» под рекламой понимается информация об объекте рекламирования, распространяемая в любой форме с помощью любых средств, предназначенная для неопределенного круга лиц (потребителей рекламы), направленная на привлечение внимания к объекту рекламирования, формирование или поддержание интереса к нему и (или) его продвижение на рынке.

Сегодня реклама товаров и услуг, в том числе лекарственных средств (далее – ЛС), прочно вошла в жизнь каждого человека. Своими корнями она уходит в глубокую древность. Одним из первых образцов медицинской рекламы древности являются банки для кровопускания, выставляемые лекарями в своих домах над дверьми.

На основании различных источников (в том числе электронных ресурсов) известно, что печатная реклама появилась в 1472 году, через 22 года после изобретения печатного станка Гутенбергом. Текст первого печатного рекламного объявления был помещен на двери одной из церквей Лондона и информировал прихожан о продаже молитвенника.

В 1657 году в Англии открылось первое чисто рекламное печатное издание “Public Advertiser” (Публичный рекламист).

Первые серьезные упоминания о рекламе связаны с патентованными лекарственными средствами (ЛС). В середине XVIII века под наличием патента в Англии подразумевалось пожалование Короной «исключительного права под королевским покровительством». В середине XIX века лекарства были в Англии самым рекламируемым товаром. В США после Гражданской войны в большинстве газет объявления о медицинской продукции составляли более половины всей рекламы.

Приблизительно в это же время предприимчивый аптекарь Ф.Г. Кинсмэн из Августы, США, создал собственный религиозный журнал, на обложке которого разместил рекламу патентованных ЛС. Эта традиция – размещать рекламу ЛС средств на обложке журналов сохранилась до наших дней.

В середине XIX века появились первые рекламные слоганы (лозунги). Основные требования к их составлению были сформированы к концу столетия: наличие ключевой темы или идеи, краткость, уместность, благозвучность.

До 1880 года имена производителей продукции, в том числе ЛС, было не принято афишировать. Именно аптекари первыми в XIX веке стали размещать свои фамилии на упаковке с ЛС, чтобы потребители могли выбрать нужную им продукцию. В рекламе своей домашней настойки для лечения «женских недугов» Лидия Пинхэм в 1873 году впервые использовала свой портрет, что привело к росту объемов реализации данного продукта.

Уже в XIX веке многие фармацевты считали, что гарантией успеха лекарства на рынке является его легко запоминающееся название. Некоторые из них для стимулирования продаж использовали ауру тайны. Так, Дж.Х. Дрейк к названию своей настойки Plantation Bitters добавил непонятное, наукообразное обозначение «S.T.1860 X». О названии ходили легенды, что способствовало повышению интереса к продукту.

Некоторые компании делали ставку на древние секреты производимых ЛС. Например, в листовке Х.Т. Хелмбольда, рекламировавшего вытяжку из африканского растения buchu, были изображены индейцы, собирающие листья этого растения.

С 1870 года производители могли регистрировать свои торговые марки, которые обеспечивали определенный статус продукции и подчеркивали ее эксклюзивность.

Для второй половины XIX века характерна недобросовестная реклама ЛС, когда рекламировались содержащие наркотики препараты как эффективные и совершенно безобидные.

В конце XIX – начале XX века поменялся характер рекламного обращения: например, автор рекламных текстов Джон Пауере стал использовать стиль сдержанной честности вместо преувеличения достоинств товаров. В 1906 году в США был принят Закон о чистоте пищевых продуктов и ЛС, который положил начало контроля за рекламой медицинских препаратов.

В течение XIX века большая часть рекламы размещалась в газетах, на афишах и рекламных листках.

В документах Национального исторического архива Республики Беларусь имеются сведения о существовании уже в XIX веке определенных правил для размещения в печати объявлений о продаже лекарств, о способах их употребления и о врачевании болезней. Так, согласно циркуляру Министерства Внутренних Дел по главному управлению по делам печати от 24 июня 1868 года №1531 (был напечатан в приложении к №12 «Северная почта» 27 июня 1868 года) было определено: «...Не допускать помещения каких-либо реклам в газетных объявлениях о медицинских средствах, дозволенных к привозу и продаже, разрешая помещать в таких объявлениях лишь одно название дозволенных средств и место их продажи. И совершенно воспретить печатание каких бы то ни было объявлений о средствах, не бывших в рассмотрении Медицинского Совета и не разрешенных к привозу из-за границы». Эти правила действовали и в 80 – 90-е годы XIX столетия.

В начале XX века в Российской империи газеты были единственным средством массовой информации, и поэтому реклама товаров и услуг публиковалась именно в них. В крупнейших общественно-политических изданиях «Русское слово», «Русские ведомости» и «Новое время» реклама размещалась, как правило, на первой полосе и занимала до 50% печатного объема. Абсолютное первенство принадлежало рекламе лекарственных и косметических препаратов.

Печатную рекламу начала XX века в России отличает большое изящество и детальность изображения, специфическая типографика и излюбленное обращение к среднему классу того времени – купечеству.

Материалы УК «Мстиславский районный историко-археологический музей» свидетельствуют о том, что в дореволюционный период в рекламе использовались рекламные лозунги, разнообразные рисунки, привлекающие тексты:

«Пипюли Пинкь. Лучшее тоническое средство, восстанавливающее расслабленные силы и безвредное даже для самых нежных лиц». Текст сопровождался изображением молодой девушки..

«Салит от ревматизма, ломоты и прострела есть лучшее испытанное средство, рекомендуемое многими врачами и разрешенное медицинским советом 28 декабря 1910 года №1515»].

«Sirolin. Применяется при: легочных болезнях, скрофулезе, а также после инфлюэнцы в период выздоровления. Благодаря своему приятному запаху и вкусу, он охотно принимается даже детьми. Просят обращать внимание на то, что всякая бутылка была снабжена клеймом нашей фирмы и нашей этикеткой. F.Hoffmann La Roche&Cie, фабрика химико-фармацевтических препаратов, Базель, Швейцария».

«Нестле. В России исключительно в запаянных жестянках в аптеках и аптекарских магазинах. Детская молочная мука. Сгущенное молоко Нестле. Зубные средства: эликсир, порошок и паста Бенедиктинцев аббатства Сулак. Флаконы Эликсира Бенедиктинцев без русской таможенной пломбы должны считаться подделкой». Приводится изображение флакона.

«Перуинз для рощения волос и уничтожения перхоти. Волоса укрепляются, делаются гибкими и блестящими, а перхоть исчезает уже после нескольких натираний». Реклама приводится в виде рисунка с изображением нескольких женщин с густыми вьющимися волосами и флаконом Перуинза в центре.

«Стимулол доктора Глэза для радикального лечения половой неврастении (без-силія)». Реклама представляет собой текст, описывающий лекарственное средство в превосходных степенях.

Пилюли Марбор. Средство для развития, укрепления и восстановления груди у женщин и молодых девушек. Реклама состоит из текста и изображения юной девушки. Примечательным является, что за приобретением данных пилюль можно было обращаться в Санкт-Петербург, Москву, Киев, Вильно, Одессу, Варшаву, а основной адрес производителя находился в Париже.

Реклама в Советском Союзе в это время не могла являться инструментом неценовой конкуренции на внутреннем рынке. Подвергаясь жесткой регламентации и контролю со стороны государства, она являлась инструментом идеологической борьбы за коммунистические идеалы и образ жизни. Она лишь информировала о присутствии на рынке того или иного товара или услуги. Хотя и тогда существовали рекламные лозунги: «Лучших сосок не было и нет, готов сосать до старых лет. Продаются везде. Резинотрест».

Новое развитие реклама ЛС и других аптечных товаров постепенно получила после распада Советского Союза. Печатная реклама ЛС начала 90-х годов XX века – скромная, черно-белая, представляет собой текст без рисунков, шрифтом одного размера, который абсолютно не бросается в глаза. Реклама приводит описание лекарственных средств: состав, механизм действия. К концу 90-х годов к рекламе начинают подходить творчески, например, реклама Иммунала в 1999 году. Черно-белый рисунок, черные дома, темное небо, в нем клин улетающих журавлей и внизу текст «Придет осень, в старом городе задует холодный ветер, и темные облака скроют небо, и свет померкнет, и придут болезни, и коснется это и взрослых, и детей. И имеющие крылья покинут город. Но тем, кто остался, дано будет лекарство. Имя ему – Иммунал! Это сок Эхинацеи, он увеличит силы тех, кто остался. И болезни отступят. И снова появится свет. И силы появятся у тех, кто остался. Иммунал».

Современная реклама яркая и красочная. Каждая фирма-производитель старается создать рекламный лозунг, обеспечивающий мгновенное узнавание ЛС:

«Виагра – поможем найти еще один цвет страсти», Pfizer H.C.P. Corporation;

«Потенцагра – открой свой потенциал», РУП «Белмедпрепараты»;

«Nuk – понимая жизнь», «МАРА GmbH»;

«Соски СанДелайт – Ваш малыш сказал бы «Да!», ОДО «СанДелайт»;

«Модум – гарантия качества», СОАО «Парфюмерно-косметическая фабрика «Модум – наша косметика»;

«Lacalut лучше, чем инструмент стоматолога», «Dr. Theiss Naturwaren GmbH»).

Либо уникальный рисунок, ассоциирующийся с продуктом (Страусенок – символ

Хальсет, Биофарм; Бабочка – символ Барбовала, АО «Фармак»). Либо подобрать сочетание слов, изображений, которые не являются рекламным лозунгом продукта, но вместе привлекают внимание (например, реклама азитромицина, кларитромицина, рокситромицина СПООО «Фармлэнд» – изображение воздушных гимнасток и текст «Макролиды от Фармлэнд – сила и элегантная эффективность»).

Таким образом, реклама с древности и по настоящее время прошла длинный путь развития. Существующий уровень технической оснащенности рекламодателей может позволить воплотить практически любую рекламную идею. Но следует помнить, что ЛС – специфический товар, реклама их направлена в первую очередь не на непосредственных покупателей, а на врачей, провизоров, фармацевтов. Неспециалисты являются «потребителями» рекламы только безрецептурных ЛС. Размещение рекламы ЛС, отпускаемых по рецепту врача, в Республике Беларусь возможно лишь в специализированных изданиях. Хотя в некоторых странах в средствах массовой информации запрещена реклама любых ЛС. В нашей стране также обсуждается вопрос о возможности предоставления рекламы ЛС только в специализированных изданиях. Какое решение не будет принято, реклама ЛС не исчезнет. В какие формы она эволюционирует – покажет время.

«ГОЛОДНЫЕ ВЫСТАВКИ» В ПРАКТИКЕ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ 1920-х гг.

Кузыбаева М.П.

«НИИ истории медицины» РАМН (Москва, Россия)

В эпоху относительного благополучия в обеспеченности населения Российской Федерации продовольственными товарами, казалось бы, не вполне уместно напоминать о суровом времени первых десятилетий XX века, когда проблема «хлеба насущного» для граждан нашего Отечества стала одной из основных жизненно важных проблем бытия. Цикличность в историческом развитии общества, возвращение когда-то ранее пережитого и испытанного на новом витке социально-экономических перемен и научно-технического прогресса, истощение природных ресурсов планеты, экологические проблемы современности побуждают задуматься о возможности повторения голодного времени. Это делает актуальным обращение к опыту санитарно-просветительской деятельности медицинской общественности и советского государства в начале прошедшего века, в частности к анализу «голодных выставок» 1920-х гг., адресованных как целевой аудитории, так и обычному посетителю.

В 1918-1920-е гг. в стране впервые начали создавать государственную систему управления музейным делом и охраной памятников. Эта работа поручалась Народному комиссариату по просвещению РСФСР (Наркомпрос). Деятельность уже существовавших и создание новых музеев были взяты под контроль государства. Началось формирование отечественной музейной сети, частью которой стали музеи медицинского профиля. В Постановлении I-го Всероссийского съезда медико-санитарных отделов Советов по докладу Н.А. Семашко говорилось: «...немедленно развить самую широкую санитарно-просветительную деятельность среди населения (беседы, лекции, выставки и т.п.)». В различных городах страны в соответствии с принятым государственным решением открывались музеи, выставки, дома санитарного просвещения. Музейно-выставочный подраздел был создан как структурное звено НКЗ РСФСР, на которое возлагалась организация Музея Социальной Гигиены (ГМСГ), постоянных и передвижных выставок, разработка таблиц, плакатов и прочих наглядных пособий, необходимых для обслуживания задач п/отдела», – писал профессор А.В. Мольков, руководитель этой структуры. Выставочная работа стала одним из основных направлений деятельности ГМСГ, который являлся форпостом гигиенической науки в РСФСР. Уже в сентябре 1919 г. в музее начались работы по изготовлению губернских и уездных выставок, на что НКЗ РСФСР утвердил смету в 10.000.000 рублей, что составляло весьма

значительную сумму. Большая организационная и просветительская работа российской прогрессивной медицинской общественности во второй половине XIX – начале XX в. предшествовала устройству выставок медицинского содержания, в том числе и «голодных» в 1920-е гг. по всей России. Альфред Владиславович Мольков – передовой деятель земской медицины, гигиенист и организатор отечественного здравоохранения воспользовался выставочным опытом Комиссии по распространению гигиенических знаний Пироговского общества, Русского общества охранения народного здоровья (РООНЗ) и других общественных и частных организаций. Санпросвещение способствовало изменению духовной жизни общества, произошедшему в СССР в 20-30-е гг. XX в. и стало частью общих преобразований, известных как «Культурная революция». Среди первоочередных задач руководство страны предусматривало ликвидацию неграмотности среди рабочих и крестьян, создание социалистической системы народного образования и просвещения, здравоохранения, формирование нового социального слоя — «социалистической интеллигенции», перестройку быта, развитие науки, литературы, искусства под партийным контролем.

В обнаруженном нами источнике обозначена дата начала работ по первой голодной выставке, методы её подготовки и определены ответственные исполнители: «В конце сентября 1921 г. было приступлено к подготовке выставки по голоду. Общее руководство по голодной выставке взял на себя А.В. Мольков. Все получаемые экспонаты по голоду записываются в книгу, т. образом при открытии этой выставки будет готов каталог, кроме этого намечается к работе подробный проспект по этой голодной выставке. Работа по составлению пояснительных подписей на выставке по всем отделам поручена врачу – объяснителю Поповой».

Для того чтобы получить новые предметы и пополнить уже существующие фонды ГМСГ, профессор А.В. Мольков обращался с официальным запросом в Комиссию помощи голодающим ВЦИК, в котором дал краткое научное обоснование передачи материалов в музей: «Музей социальной гигиены в целях пополнения коллекции «Голод и борьба с ним» организует выставку, на которой будут освещены вопросы: физиология и патология питания, болезни голода, болезни, сопутствующие голоду. Желательно также осветить вопрос «Голод как социальное явление и его последствия». Поэтому музей социальной гигиены просит оказать содействие сотруднице музея – врачу Р.Я. Крымовой-Ройзман в смысле получения из Комиссии фотографических снимков, отчетов и статистических данных». Косвенным подтверждением поступления материалов по голоду из Комиссии ВЦИК можно считать сохранившийся до нашего времени Мандат Елены Сергеевны Боголеповой, сотрудника музейно-выставочного п/отдела НКЗ РСФСР, которым она «уполномочивается получить нужные для выставки по борьбе с голодом материалы из Комиссии ВЦИК (Кремль)» №1589 от 16 ноября 1921 г.. Тщательный учет всех поступавших на выставки музея материалов и документов, составление проспектов и каталогов-описей экспонатов свидетельствуют о дальнейшем развитии форм научно-фондовой работы с медицинскими коллекциями. Примечательно, что новая экспозиция, посвященная голодному времени, открылась 2 октября 1921 г., в воскресенье по борьбе с голодом. Это свидетельствует, что поиск и получение материалов были успешны (имеются 73 экспоната). Большое внимание организации этой выставки уделял нарком здравоохранения РСФСР Николай Александрович Семашко, который посетил её на третий день после открытия и высказал ряд замечаний. Уже 6 октября 1921 г. директор музея А.В. Мольков в письме № 1437 обращается в Отдел Охраны здоровья детей НКЗ РСФСР с просьбой следующего содержания: «При осмотре 4-го октября с.г. только что развернутой на Петровке 14, выставки по борьбе с голодом Н.А. Семашко обратил внимание на отсутствие данных, относящихся к вопросам о влиянии голода на детей и о мерах помощи голодающим детям. Убедительная просьба к отделу войти в совместную работу и дать соответствующие материалы». Работа велась на основе глубокого научного обоснования каждой темы раздела о голоде.

Вопросы борьбы с голодом в стране получили отражение на выставке, подготовленной учеными Московского санитарного института. На постоянной показательной выставке экспонировались образцы всех «голодных» хлебов и различного рода суррогатов, собранных со всей России в период с 1917 г. по 1921 г. Было представлено свыше 600 экспонатов по этому вопросу (некоторые весьма редкие) и имелись много-

численные химические анализы этих суррогатов, произведенные за последние годы. По мнению специалистов, эта выставка «могла бы оказать пользу не только широкой публике, но и весьма многим товарищам, командируемым на голодный фронт». Экспонаты данной выставки имели не только просветительное, но и большое научное значение. Они показывали состав продуктов, их калорийность, а также необратимое воздействие на организм человека неполноценного питания, что впервые было сделано в выставочной практике. Целевую аудиторию «голодных выставок» составляли делегаты Всероссийского съезда связи, Всероссийского съезда пищевиков и табачников, III Всероссийского съезда по охране здоровья детей, культконференции ВЦСПС и другие. Отмечался рост индивидуальных посещений. Социальный состав публики был разнообразен, но преобладали школьники и рабочие. Одновременно с «голодными выставками» большую роль в борьбе с преодолением последствий голода сыграли Дома санитарного просвещения и культуры (ДСК и ДСП). Популяризаторская работа этих новых учреждений формирующегося советского здравоохранения содействовала снижению общей и детской заболеваемости и смертности, помогала делу воспитания здорового, физически крепкого поколения советских людей. Осуществляя различные формы санитарно-массовой работы с населением, ДСК и ДСП уделяли особое внимание теме голода. Государственная поддержка деятельности сети санитарно-просветительных учреждений (ДСП и ДСК) страны способствовала широкому вовлечению населения в профилактическую деятельность, дальнейшему развитию и совершенствованию форм санпросветработы, сохранению этих структур до настоящего времени (Центры медицинской профилактики) и гигиенических музеев в их составе.

К середине 1920-х гг. «голодные выставки» уступают место пропаганде вопросов охраны материнства и младенчества, всё большее внимание уделяется популяризации оздоровительных мероприятий в городах и сельской местности, вопросов гигиены, общепрофилактических знаний, культурно-оздоровительной и антирелигиозной работе. «Голодные выставки» 1920-х гг. стали свидетельством серьезного научного подхода к трансляции медицинских знаний посредством музейной экспозиции. В процессе их работы сформировалась новая профессия – экскурсовод, который назывался тогда врач-объяснитель, как он значился в штате сотрудников. Эту должность мог занимать человек с медицинским образованием. Ему вменялось в должностные обязанности вести занятия с организованными посетителями. Смотритель в залах являлся одновременно инструктором, который работал с неорганизованной публикой, отвечая на возникавшие вопросы. Проведение «голодных выставок» в первой трети XX в. одновременно с разработкой научных задач было ориентировано также и на решение социальных проблем, что составляет их важную особенность. Они стали частью ведомственной медицинской музейной сети, работа которой была направлена на решение задач социалистического строительства, осуществление реформы высшего медицинского образования, формирование новой системы здравоохранения страны.

О НОВЫХ ПОДХОДАХ В ПОДГОТОВКЕ ХИРУРГОВ НА ДОДИПЛОМНОМ ЭТАПЕ

Кузыбаева М.П., Головинский С.В.

НИИ истории медицины РАМН

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Москва, Россия)

В первом десятилетии XXI в. дальнейшее распространение в отечественном здравоохранении получили высокоэффективные медицинские технологии, прежде всего, в хирургии и смежных с ней направлениях медицины. Подготовка специалистов, владеющих приемами и практическими навыками работы с больными и со сложной хирургической техникой в современной клинике – одна из трудных задач, которые жизнь ставит перед коллективами кафедр хирургического профиля государственных учреждений высшего профессионального медицинского образования России.

Кузницей лидеров отечественной хирургии по праву считается одна из старейших в стране кафедр оперативной хирургии и топографической анатомии – знаменитая Ковановская кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (зав. кафедрой проф. Николаев А.В.). Разработка и реализация новых образовательных систем, ориентированных на студентов, которые мотивированы на успешную деятельность и осознанно прилагают к этому усилия, накопленные коллективом кафедры, являются уникальным «ноу - хау» и заслуживают особого рассмотрения.

В советский период эффективной формой индивидуальной подготовки студента по специальности являлся студенческий научный кружок (СНК) при кафедре, который и сегодня не потерял своего значения. В настоящее время в работе кружка обязательно проводятся мастер-классы профессорами-хирургами, которые сначала сами демонстрируют технику наложения швов с использованием тренажеров и мультимедийного оборудования, а затем под их контролем работают члены СНК. Помимо практических занятий проходят встречи с известными хирургами, студенты выступают с докладами. Важно, что все старшекурсники-кружковцы дежурят в хирургических клиниках. Логическим завершением нового образовательного блока, разработанного и реализованного на кафедре, стала студенческая хирургическая олимпиада. Инициатором и душой всей этой деятельности в настоящее время стал питомец кафедры, доктор медицинских наук, профессор Сергей Сергеевич Дыдыкин, который является также научным руководителем хирургической секции студенческого научного общества университета.

Научно-педагогическая деятельность Дыдыкина С.С. уже более двадцати лет связана с Первым МГМУ им. И.М. Сеченова, который он закончил с отличием в 1987 году и был принят в аспирантуру на кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии. Здесь он прошел путь от ассистента до профессора. Хирург по основной профессии, профессор Дыдыкин С.С. является специалистом в области трансплантологии и искусственных органов. Этой проблематике была посвящена его докторская диссертация «Топографо-анатомическое обоснование аллотрансплантации трахеи на сосудистой ножке», успешно защищенная в 2001 году. Разработанная им методика позволила в 2006 году, впервые в мире в РНЦХ РАМН выполнить операцию по пересадке трахеи на сосудистой ножке (профессор Паршин В.Д.).

Являясь экспертом Минсоцразвития РФ по контролю работы Государственных Аттестационных Комиссий России, Сергей Сергеевич многократно выезжал в различные регионы страны для контроля деятельности ГАК медицинских вузов РФ. Результаты его научных исследований отражены более чем в 220-ти научных работах, в том числе он является автором 14-ти патентов и 3-х монографий. Подготовил 3-х кандидатов медицинских наук и продолжает руководить работой аспирантов. Развивая традиции Ковановской научной школы, принадлежность его к которой несомненна, профессор Дыдыкин С.С. совершенствует свои педагогические навыки на факультете дополнительного профессионального образования университета по специальности «преподаватель высшей школы» и «Современные информационно-компьютерные технологии и их использование в учебном процессе: углубленное изучение дистанционных образовательных технологий». Высокий профессиональный уровень, широта мировоззрения, внимательное и строгое отношение к студентам определяют стиль работы профессора Дыдыкина С.С.

Обучение практическим навыкам, основам микрохирургии и эндоскопической хирургии, а также началам других современных методик для создания у студента системного представления о хирургической (топографической) анатомии человека в целом и ее клиническом применении, как правило, проходило в рамках СНК. Приняв на себя научное руководство хирургической секцией СНО университета, Сергей Сергеевич творчески развил накопленный его предшественниками опыт, обращая особое внимание на то, что «обучение этим технологиям на додипломном этапе направлено на профессиональную ориентацию будущих врачей хирургического профиля, оно облегчает как объективную оценку, так и самооценку мануальных возможностей будущего хирурга. Результаты данного этапа подготовки студента хирургического профиля могут и должны являться одним из ведущих критериев отбора на последипломный хирургический уровень. Обучение старшекурсников - кружковцев основам микрохирургии и эн-

дохирургическим методикам способствует более активному привлечению их к экспериментальной деятельности и к ассистенции на операциях в ординатуре”.

Именно кружковцы кафедры составляют ядро команды, которая отстаивает честь университета на Московской студенческой хирургической олимпиаде, ежегодно, на протяжении многих лет проводимой в столице и основанной в 1988 г. проф. Н.С. Королевой. Кружковцы хирургического профиля представляют собой особый студенческий контингент. Сильные студенты нуждаются в честной оценке их перспектив и предоставлении возможностей для самореализации. Эти студенты, как правило, становятся профессорами, заведующими отделениями, ведущими специалистами хирургического профиля, то есть будущими лидерами в специальности в нашей стране. Студентам – кружковцам, даются рекомендации кафедры для поступления в ординатуру, эта работа учитывается при сдаче экзаменов и т.д. Поощрение их работы не подлежит строгой регламентации, так как такой подход порождает формализм и злоупотребления.

Атмосфера свободного научного поиска, творческих исканий и открытий, справедливого судейства проводимых конкурсов – всё это характеризует студенческое олимпийское движение в хирургии, возникшее в Москве и ставшее с 2010 г. всероссийским! Распространение олимпиады по всей стране потребовало перейти от открытого принципа организации (участвуют все зарегистрировавшиеся в установленном порядке команды) к организации её по региональным округам с последующим финалом команд – победителей. Эта задача была успешно реализована Оргкомитетом и профессором Дыдыкиным С.С. Полагаем, что коллеги из Беларуси также примут участие в олимпийском хирургическом движении, что придаст ему международный характер.

Насколько популярна олимпиада среди студентов свидетельствует такой факт: некоторые медицинские вузы прислали своих наблюдателей. Изменение правил отбора и участия в олимпиаде потребовало разработать и принять Положение о критериях её проведения, что стало ещё одним шагом в совершенствовании этой новой технологии обучения, бесспорном достижении коллектива КОХИТА Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Стремление России интегрироваться в международное образовательное пространство часто ведет к слепому заимствованию чужих методик и подражанию иностранному, в то время как мы сами являемся создателями уникальных образовательных программ и подходов обучения хирургическим технологиям, апробированных временем, постоянно совершенствуемых и развивающихся. Примером тому является студенческое хирургическое олимпийское движение, сделавшее Россию единственной страной в мире, где с высокими хирургическими технологиями (не специальностями!), которыми обязательно владеют все квалифицированные хирурги, студенты, интересующиеся этой профессией, знакомятся и изучают на додипломном этапе, чтобы оценить свои желания и возможности!

Ещё один очень важный, на наш взгляд, аспект нового подхода в обучении студентов, применяемого на КОХИТА и развиваемого профессором Дыдыкиным С.С. состоит в том, что ещё со студенческой скамьи будущие хирурги знакомятся друг с другом, встречаются с корифеями хирургии. Эти события являются мощным импульсом к формированию профессионального сообщества нового типа, не скованного идеологическими догмами, но связанного глубокой общностью интересов, преданностью избранной профессии, что особенно важно в ситуации идеологического вакуума и отсутствия позитивных нравственных ориентиров на всем постсоветском пространстве первого десятилетия XXI века.

Хотелось, чтобы данный подход и образовательная методика, активно распространяемые в России профессором Дыдыкиным С.С., были запатентованы и стали распространяться по всему миру, способствуя повышению качества оказания людям высокотехнологичной медицинской помощи хирургического профиля.

МУЗЕЙ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА ГРОДНЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО

КЛИНИЧЕСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Кузьмич И.И., Лискович В.А., Наумов И.А., Дембовская С.В.

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

«Медицинский музей» в современном представлении - это научно-просветительское и научно-исследовательское учреждение, осуществляющее комплектование, хранение, изучение и экспонирование материалов, памятников и реликвий по медицине и здравоохранению. Медицинские музеи используются в качестве базы для сохранения медицинского наследия, исследований историко-медицинской направленности, преподавания истории медицины, воспитания новых поколений врачей и медицинских работников на лучших традициях, сформировавшихся в предшествующие исторические периоды, популяризации успехов медицины в обществе. Особенностью медицинских музеев является то, что они создаются на базе крупных медицинских центров, медицинских академий, университетов.

В 2008 году по инициативе главного врача Гродненского областного клинического перинатального центра к.м.н. Лисковича В.А. был создан единственный в стране Музей развития акушерства. Впервые проведены изучение и анализ исторических фактов и архивных материалов, свидетельствующих об основных этапах зарождения, становлении и развития акушерско-гинекологической службы на Гродненщине от повивального дела до современных медицинских технологий.

В течение 2007 года в качестве первого этапа создания музея осуществлялось накопление музейных предметов. Многие из них были получены при посещении медицинских работников, в разные годы оказывавших акушерско-гинекологическую помощь женщинам г. Гродно и Гродненской области. В процессе неторопливых бесед тщательно фиксировались воспоминания бывших коллег. Некоторые предметы были пожертвованы нынешними сотрудниками перинатального центра. В этот же период велось кропотливое изучение архивных фондов, сопоставление полученных сведений и исторических фактов. Наиболее ценными экспонатами стали: уникальный подручный анатомический атлас (1876 г., Германия); деревянная ступка для приготовления медицинских препаратов (конец XIX века); детская кроватка-люлька (30-е годы XX века); баночка фарфоровая для хранения медицинских экстрактов (1930); штанглас (1935); подвесной крюк для извлечения плода (40-е годы XX века).

Следующим этапом создания Музея была обработка полученных материалов. В этой работе активно участвовали сотрудники всех структурных подразделений перинатального центра, а также акушеры-гинекологи центральных районных больниц Гродненской области. Каждое отделение кропотливо воссоздавало страницы своей истории.

В настоящее время экспозиция Музея состоит из следующих разделов: «История медицины», «История акушерства», «Этапы развития учреждения», «Достижения», «Руководство учреждения», «Акушерство», «Гинекология», «Неонатология», «Женская консультация», «Лучевая диагностика», «Лаборатория», «Аптека», «Профессор, д.м.н. Ракуль В.С.», «Ветераны Великой Отечественной Войны», «Ветераны труда», «Воспитание гражданина-патриота», «Профсоюзная деятельность», «Взаимодействие с общественными организациями», «Первичная женская организация», «Награжденные сотрудники», «Перинатальный центр на современном этапе»,

Коллекция Музея насчитывает более тысячи оригинальных экспонатов и более 500 фотографий. Среди них наряду с экспонатами XIX - 40-х годов XX века представлены первый УЗ-аппарат, поступивший в роддом в 1985 году, аппарат искусственной вентиляции легких новорожденных «Бебилон-2» (1980), аппарат для ингаляционной анестезии «Полинаркон» (1986), аппарат для проведения доплерометрии (1986), аппарат Боброва (1976), медицинский инструментарий, применявшийся для оказания акушерско-гинекологической и неонатальной помощи в 1950-1990 годы.

В разделе «Акушерство» представлены монографии одного из основоположников современного акушерства – академика Персиянинова Л.С., в том числе и с дарст-

венной надписью профессору Ракутю В.С., а также научные труды, изданные сотрудниками учреждения.

В коллективе бережно сохраняется память об участниках Великой Отечественной войны: Терешкове П.Е., Журба А.П., Ивановой К.М., Салтыковой М.Ф., Аносове Н.Н., Новицкой М.П., Шевелевой Т.Г., Кондрусевиче Г.М., Опалинском А.П., Гершановском С.С. Им посвящен отдельный раздел музея. В экспозиции представлены личные вещи и наградные документы ветеранов войны Аносова Н.Н., Новицкой М.П., Шевелевой Т.Г., Опалинского А.П.

Раздел «Ветераны труда» знакомит с награжденными сотрудниками. Среди них орденосцы: Новицкая М.П. (кавалер ордена Отечественной войны II степени), Дайнеко В.В. (кавалер ордена Трудового Красного Знамени), Свертока Л.П. (кавалер ордена Трудового Красного Знамени), Новицкая Л.Л. (кавалер ордена Знак Почета), Прокопчик С.А. (кавалер ордена Знак Почета). Медалями награждены: Новицкая М.П., Федоренко Е.А., Лискович В.А., Дорошко Н.З., Ивановская А.И. Отличники здравоохранения: Новицкая М.П., Дайнеко В.В., Новицкая Л.Л., Прокопчик С.А., Лискович В.А., Дубровщик А.С., Батвинкова С.В., Фейгина Р.Б., Буракова В.П., Анцулевич З.И., Вулькевич М.С., Наумов И.А., Даниленко Н.Г., Шевелева Т.Г., Бражук Г.С.

В музее хранятся альбомы Гродненского роддома 1954 и 1976 гг., альбом Гродненского объединенного клинического родильного дома (1979 год), альбом спортивных достижений (1972 год) и альбом посвящения в профессию (1986 год).

Особое место в экспозиции отведено Книге Почета Гродненского роддома (1965г.) и Книге Славы перинатального центра (2005г.). В Книгу Славы вписываются сведения о людях, которые внесли наиболее значимый вклад в развитие и успешное функционирование Гродненского областного клинического перинатального центра. Среди них представители Администрации Гродненской области, Гродненского государственного медицинского университета, ветераны, сотрудники учреждения – победители Конкурса «Лучший медицинский работник».

Ежегодно музей посещает около 350 человек в составе зарубежных и белорусских делегаций. Частыми гостями музея развития акушерства стали учащиеся и студенты высших и средних учебных заведений г. Гродно. Для молодых специалистов перинатального центра, посвящаемых в профессию, организовываются экскурсии, которые позволяют им проследить долгий и славный путь, пройденный коллективом учреждения и всей акушерско-гинекологической службой Гродненской области.

Музей развития акушерства – это не только хранилище экспонатов, но и место получения навыков акушерского мышления, пополнения знаний по специальности, духовного и эстетического обогащения.

ИСТОКИ И РАЗВИТИЕ АПТЕЧНОГО ДЕЛА НА БОРИСОВЩИНЕ

Курбеко Н.В., Журавская Л.А.

Минское РУП «Фармация»

Согласно архивным данным, первая аптека в г. Борисове была открыта 1 июня 1817 года провизором Францем Фельбергом. До 1900 года в г. Борисове была только одна аптека, хотя прошений об открытии второй поступало много. Но согласно правилам об открытии аптек, утвержденным Министерством внутренних дел 25 мая 1873 года, число последних ограничивалось числом постоянных жителей и числом поступивших в минувшее трехлетие номеров рецептов и их повторений. На каждую аптеку в уездном городе полагалось по 7000 постоянных жителей и 6000 платных номеров рецептов и их повторений в год.

Со дня открытия аптеки несколько раз менялись владельцы и управляющие (Натансон, Ш.И. Михаловский). С середины 90-х годов владельцем стал Файнберг Исаак Алексеевич – статский советник, доктор медицины, а арендатором и управляющим – провизор Цодиков Лев Осипович. С 1905 года содержанием аптеки стала жена

провизора Цодикова – Цодикова Рехама Шепшелевна, а управляющим остался провизор Цодиков.

В начале 20-го века аптека переехала в новое построенное здание, которое эксплуатируется под аптеку и до настоящего времени. Сегодня в одном из старейших зданий г. Борисова расположена аптека №167 РУП «Минская Фармация».

В 1873 году при станции Борисов Московско-Брестской железной дороги образовался поселок под названием «Ново-Борисов». Возник он на правом берегу реки Березины, на землях Великих князей Петра Николаевича и Николая Николаевича Романовых – братьев царя Александра II. С развитием торговли и промышленности расширялись границы поселка, росла его численность, и в 1900 году Новоборисовский посад вошел в черту города.

По Постановлению Губернского Правления от 1 июня 1900 года, разрешено было открыть вторую аптеку в г. Борисове. Её открытие состоялось 20 октября 1900 г., владельцем ее был провизор Цодиков Л.О., управляющим - Брил. Аптека располагалась на проспекте Трубецкого (ныне проспект Революции) в деревянном здании. К сожалению, здание второй аптеки не сохранилось.

В конце 19-го века стали открываться аптеки и в других населенных пунктах Борисовского уезда. Так, в 1873 году уже функционировала аптека провизора Я. Гонделя в заштатном городе Докшицы (ныне Витебская область), затем – Д.Ц. Гольдберга, С.И. Рихтера, И.З. Курицкого, дворянки Вышемирской (управляющий провизор Горский, затем А.К. Павловский).

В 1887 г. также уже действовала в местечке Логойск сельская аптека, владельцем и арендатором которой более 20 лет была жена провизора А.Ф. Витушинская, а управляющим И.И. Витушинский. В 1907 году появился новый хозяин М.Х. Грингольц и управляющий - аптекарский помощник Слободский (позднее Адливанкин, Рапопорт, Х-З. Микович, И.Л. Рольбейн).

В 1887 г. провизору Милаловскому было разрешено открыть сельскую аптеку в местечке Холопеничи, но нет сведений, что он ее открыл. В апреле 1890 г. аптекарский помощник М.А. Фердинанд выкупил аптеку у аптекарского помощника С. Леванды, потом владельцем и управляющий стал А.Ш. Лихтенблюм.

В местечке Плещеницы аптекарским помощником Исааковичем была открыта аптека 23 февраля 1889 г. С 90-х годов до начала первой мировой войны был ее владельцем провизор Л.А. Мунвез, а потом Е.Я. Любович.

В 1892 г. аптекарскому помощнику Волосову было разрешено открыть сельскую аптеку в местечке Зембино, где тоже часто наблюдалась смена хозяина и управляющего (А.О. Поднос. М.Г. Каждан, Левин, М.И. Буткевич, С.В. Побох).

В период 1891–1895 гг. появилась первая аптека в Смолевичах, содержателем ее был купец Н.Б. Сутин, управлял аптекой провизор И.Л.Б. Гринер, а в последующие годы И.Я. Маклин и аптекарский помощник Гурвич (за ним Розовский), Н.Г. Элькинд и аптекарский помощник Биргер, З.Ю. Минц и аптекарский помощник Х.Х. Минц.

В 1919 г. аптеки Борисовского уезда были национализированы. Известно, что аптека №1 г. Борисова осуществляла работу и в годы Великой Отечественной войны. После освобождения города, аптека начала свою работу с 20 апреля 1945 года, управляющим был назначен Залкинд Б.Е. С 1 января 1957 года аптека №1 реорганизована в Центральную районную аптеку №16, возглавляла ее до 1969 года Лаврова Е.А.

После ВОВ аптечная сеть района начала развиваться быстрыми темпами. В сентябре 1946 года был открыт в Ново-Борисовске ларек санитарной гигиены, в 1949 г. – Кишино-Слободской аптечный пункт, в 1951 г. – Забашевичский аптечный пункт, аптека №48 в д. Вятичи, в 1954 г. – аптека №49 в д. Лошница и аптечный пункт «Лядище». К 1960г. в районе работало 3 сельских аптеки и 3 аптечных пункта 1-й категории.

В 1965 году к районной аптечной сети присоединены аптеки №67 в д. Мстиж, №145 в д. Холхолица, №149 в д. Ганцевичи. В 1967 году в г. Борисове открылась аптека №17 (ныне аптека №215).

В 1967 году коллектив центральной районной аптеки №16 стал победителем смотра аптечных учреждений республики в честь 40-й годовщины Великой Октябрьской социалистической революции. С этого времени в аптеке велась Книга народной славы, которая отражала этапы дальнейшего развития аптеки, важнейшие достижения

в социалистических соревнованиях. Так, в честь 50-летия БССР коллектив ЦРА вышел победителем в социалистическом соревновании, за что награжден переходящим Красным знаменем.

В январе 1969 г. в г. Борисове открылась аптека №172, на должность заведующей была назначена Лаврова Е.А., которая в строительство этой аптеки вложила весь свой жизненный опыт. Она проработала в ней 10 лет. По оборудованию и механизации аптека считалась одной из лучших в БССР и в числе ведущих в СССР. С 1971 по 1975 годы аптека являлась базой для прохождения курсов усовершенствования фармацевтов Минской области. На курсах преподавали организаторы фармацевтического дела аптек г. Борисова: Каледина К.П., Лаврова Е.А., Лопатина К.С., Сорокина Н.Л., Шуппо А.И. В аптеке работали участники Великой Отечественной войны: Вевесев Т.А., Посаковская В.П., Фокеева Л.П. и другие.

К 1970 году в районе функционировало 3 городских и 8 сельских аптек. Штат ЦРА составлял 41 человек. С 1969 по 1985 годы. ЦРА №16 руководила Лисовская Н.Г., с 1985 г. – Свердлова Т.Ф.

В марте 1978 года открыта новая аптека №137 в г. Борисове, а в 1990 году построено новое здание, куда переехала ЦРА №16, а на ее прежнем месте 30 мая 1990 года открылась аптека №167. Первым заведующим аптекой до 1994 г. стала провизор Гаврилова Е.Л.

В то время аптека №167 была производственной аптекой 2-й группы по оплате труда. Штат аптеки составлял 36 человек. С 1995 года на основании приказа №111 от 30 сентября 1994 года по ЦРА аптека №167 переведена в разряд аптек готовых лекарственных форм 2-й группы по оплате труда, а с 1 января 1998 года - в разряд аптек 1-й группы по оплате труда.

В 2008 году в аптеке №167 был проведен капитальный ремонт здания. Перед организаторами ремонтных работ стояла задача не только улучшить материально-техническую базу аптеки, но и создать образ, отражающий ее историю. Задача выполнена удачно. После ремонта в аптеке установилась полноценная атмосфера старины: торговая мебель, столы и скамьи для покупателей изготовлены из дерева темного цвета с элементами декоративной отделки в старинном стиле. Люстры, мебель, занавески – все создает ретро-антураж.

В аптеке №167 г. Борисова создана музейная комната по истории аптечного дела Борисовщины. В ней находится небольшая коллекция старой аптечной утвари, архивные документы об открытии аптек в г. Борисове, старые фотографии и литература.

По состоянию на 1 мая 2012 года штат аптеки №167 состоял из 10 человек, из них 6 провизоров и 2 фармацевта. 5 специалистов имеют квалификационные категории. С 1994 года заведующим аптекой №167 является Журавская Л.А.

В настоящее время аптека №167 находится в подчинении ЦРА №16 Борисовского района, аптечная сеть которой состоит из 32 аптек, в том числе 3 аптеки первой категории, 2 аптеки второй категории, 3 аптеки третьей категории, 9 аптек четвертой категории, 15 аптек пятой категории. Пять аптек расположены в сельской местности.

Учитывая богатую историю аптечного дела Борисовщины, фармацевтические работники района и сегодня чтят лучшие традиции прошлых поколений.

ВКЛАД А.А.ЧАРУКОВСКОГО И Р.С. ЧЕТЫРКИНА В ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ РУССКОЙ АРМИИ В XIX ВЕКЕ

Лебедев С.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Во все времена в период войн наибольшую опасность для войск представляли инфекционные болезни. Приобретая эпидемический характер, они выводили из строя личный состав, наносили ощутимый урон его здоровью и снижали боеспособность

войск. Государственные деятели, военачальники и медицинские работники были вынуждены порой эмпирически разрабатывать и внедрять в противозидемическую практику правила профилактики, способы предупреждения и борьбы с «войсковыми» болезнями и распространением эпидемий в соответствии с историческими условиями, уровнем достигнутых знаний науки и техники в этот период.

В формировании системы противозидемической защиты войск значительный вклад внесли ученые отечественной военной медицины - А.А. Чаруковский (1798-1848) и Р.С. Четыркин (1797-1865). Часть их научных работ, посвящены вопросам проведения санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий в русской армии и наиболее полно характеризуют положение противозидемической защиты войск в первой половине XIX века. Кроме статей на гигиенические темы, опубликованных в «Военно-медицинском журнале» и в журнале «Друг здоровья», А.А. Чаруковским была написана книга «Военно-походная медицина» в пяти частях (1836 г.). В первой части книги подробно излагаются правила гигиены одежды, питания, воздуха, жилища, предупреждения поварных болезней; большое внимание уделяется тропической гигиене и топографии юга России (в это время Россия укрепляла оборонительные позиции в Крыму и на Кавказе). Интересен и раздел «Полярная гигиена, топография Севера России». Указывая на актуальность рассматриваемых вопросов, Чаруковский пишет: «...По обширному географическому положению Россия, занимающая жаркие и холодные поясы Земли, подвергая армию действию палящего зноя и коченеющего холода, жар и холод суть столь же важные предметы военной гигиены, как и вышеизложенные». Приведя краткое медико-географическое описание Кавказа, Крыма, Молдавии, Валахии и других южных районов, северных районов России, включая Архангельск и Петрозаводск, автор излагает правила сбережения здоровья войск, расположенных в этих районах. Заслуживает внимание предложенная Чаруковским классификация войск в эпидемическом отношении. «Вообще полагается, - пишет автор, что при благоприятных обстоятельствах из 20 здоровых заболевает один, при менее выгодных - из 15 один, при неблагоприятных - из 10 один, при вредных - из 7 один, в злокачественную эпидемию - из 4 один». Возможно, что данное воззрение автора в последующем явилось основой для подхода к разработке положения об оценке санитарно-эпидемиологического состояния войск. В настоящее время четырехступенная оценка санитарно-эпидемиологического состояния воинских формирований (благополучное, неустойчивое, неблагоприятное и чрезвычайное) позволяет определить перечень и объем необходимых санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий.

Вторая часть книги посвящена устройству военно-временных госпиталей и содержит описание системы эвакуации и лечения больных в военное время. Теоретически обоснованные заключения о лечебно-эвакуационном обеспечении войск подтверждались опытом военных действий, развивались в течение длительного времени, превращаясь в стройную систему, которая продолжает совершенствоваться с учетом современных условий. Работа А.А. Чаруковского, отражающая большую научную эрудицию автора во всех областях военной медицины, справедливо была удостоена Демидовской премии и сыграла большую роль в распространении военно-медицинских знаний и подготовке военных врачей.

Крупным деятелем военной медицины первой половины XIX века был выдающийся военно-медицинский администратор, отдавший 35 лет своей жизни военной службе, автор большого числа работ по военной медицине - Р.С. Четыркин. За свой труд «Опыт военно-медицинской полиции» (1834 г.) он был избран членом-корреспондентом Медико-хирургической академии и получил степень доктора медицины. С 1840 года возглавлял в должности главного медицинского инспектора гражданское здравоохранение Царства Польского, а с 1848 года занял пост генерал-штаб-доктора, сосредоточив в своих руках управление и гражданским, и военным здравоохранением в Польше. В 1855 году Р.С. Четыркин назначается генерал-штаб-доктором Западной и Средней армий, а в 1856 году - 1-й армии. Будучи одним из самых энергичных деятелей своего времени и используя свое высокое положение, он много внимания уделял пропаганде военно-медицинских знаний и стремился узаконить изучение правил военно-медицинской полиции в академиях, университетах, больших госпиталях, а также, хотя и в кратком объеме, в кадетских корпусах. Он требовал, чтобы стар-

шие лекари следили «за ходом науки и ее усовершенствованиями», чтобы медицинские начальники наблюдали за лечением, «согласным с ходом науки», т. е. стремился к тому, чтобы достижения военно-медицинской науки быстрее внедрялись в практику.

Наиболее известными научными работами Р.С. Четыркина являются «Опыт военно-медицинской полиции или правила к сохранению здоровья русских солдат в сухопутной службе» и «Наставления по части практической военно-медицинской полиции» (1850 г.). Под «военно-медицинской полицией» понимались «предметы, имеющие влияние на сохранение здоровья солдат, все способы к предупреждению болезней и все меры к ограничению поваральности и заразы», т. е. вопросы военной гигиены и военной эпидемиологии, которые и составляют основное содержание работы «Опыт...». В 7-й главе работы изложены: общие положения о военно-медицинской полиции, о рекрутстве, гигиена размещения солдат на постоянных квартирах, гигиена похода, о влиянии климата на здоровье солдат, о поваральных и прилипчивых болезнях и о мерах помощи мнимо умершим и отравленным. В книге автор указывает на необходимость участия врачей в осмотре прибывших к месту назначения рекрутов, вменяет в обязанности полкового медика ежемесячные медицинские осмотры с последующим докладом командиру о «мерах, отвращающих зло», указывает на необходимость медико-топографических описаний территорий расположения войск, дает практические рекомендации по очистке воды фильтрацией через уголь, песок, мешки и т. д.

Второй большой труд Р.С. Четыркина «Наставления по части практической военно-медицинской полиции» состоит из двух частей. В первой части излагаются права и обязанности медицинских начальников. Это, по существу, свод положений о должностных лицах медицинской службы. Во второй части книги даются подробные инструкции об инспектировании госпиталя, лазарета, аптеки, медицинской службы полка, продовольственных складов и припасов. В инструкциях излагаются не только подробные планы инспектирования, но и детальное описание требований, предъявляемых к инспектируемым учреждениям, продуктам питания, что приближает эту часть книги к первому по военной медицине военно-медицинскому справочнику. Большое практическое значение «Наставления..» определялось тем, что изложенный в работе материал имел силу закона, поскольку во многом соответствовал законоположениям, изданным к тому времени в русской армии.

Организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в войсках Кавказского корпуса в период войны с Шамилем (1834-1859) основывалась на работах А.А. Чаруковского и Р.С. Четыркина. Во время Крымской войны (1853-1856 гг.) предупреждение инфекционных заболеваний в войсках и борьба с возникшими болезнями регламентировались правилами военно-медицинской полиции, установленными эмпирическим путем и подробно изложенными в 1850 году Р.С. Четыркиным. Важными противоэпидемическими мероприятиями считались: простое размещение солдат, периодические смены лагерных стоянок, ограничение физической нагрузки, питание доброкачественными продуктами, более частое, чем обычно, мытье в бане со сменой белья, предотвращение простуды, для чего, в частности, в войсках всех трех русских армий были введены шерстяные набрюшники. Для предупреждения натуральной оспы проводились прививки «коровьей оспы». При появлении инфекционных заболеваний в войсках врачам полков вменялось в обязанность проводить регулярные осмотры солдат с целью выявления заболевших и «слабосильных». Заразных больных направляли в госпитали, где для них выделялись отдельные помещения. Ослабленных солдат помещали в «слабосильные команды» при полках. В случаях возникновения чумы предусматривалось проведение жестких карантинных мероприятий, вплоть до оцепления районов (населенных пунктов). В отличие от предшествующих войн, планируемые против заразных болезней мероприятия объявлялись приказами по армии. Однако военные врачи по-прежнему не являлись полновластными организаторами медицинского обеспечения войск и во многом зависели от произвола командования, не понимавшего, а иногда и не желавшего понимать нужды медицинской службы. Госпитальная администрация желала только одного, чтобы врачи находили все удовлетворительным, и очень неохотно отпускала дрова, теплую одежду и горячую пищу. Положение о том, что успех медицинского обеспечения в период военных действий зависит несравненно более от правильности врачебно-

административных распоряжений, нежели от искусства врачей, остается актуальным и в настоящее время.

Таким образом, научные труды одних из лучших представителей военной медицины А.А. Чаруковского и Р.С. Четыркина являются яркой иллюстрацией их беззаветного служения своему Отечеству и выполнения служебного долга в вопросах сохранения здоровья военнослужащих и предупреждения развития инфекционных заболеваний в войсках.

К.В. КАРАФФА-КОРБУТ И ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

Лебедев С.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

К числу известных ученых первых десятилетий прошлого столетия относится замечательный ученый, гигиенист и эпидемиолог, приват-доцента кафедры гигиены Военно-медицинской академии профессор К.В. Караффа-Корбут.

К.В. Караффа-Корбут родился 26 апреля 1878 г. в Сибири, г. Лепсинске, в семье участника польского восстания 1863 г. Среднее образование получил в Ташкентской гимназии, которую окончил в 1899 г. с золотой медалью. В том же году поступил на математическое отделение Санкт-Петербургского университета, а в 1900 г. перешел в Военно-медицинскую академию, которую окончил в 1906 г. с золотой медалью и был оставлен при академии для усовершенствования в хирургической клинике профессора С.П. Федорова, где проработал 3 года. В 1909 г. был прикомандирован к пропедевтической хирургической клинике профессора В.А.Оппеля на должность ассистента, но уже с весны начал работать исключительно в области гигиены и бактериологии в лаборатории профессора В.А. Левашова. С мая 1909 г. К.В. Караффа-Корбут исполнял обязанности городского санитарного врача по надзору за ночлежными домами. В 1910 г. состоял в комиссии от Морского и Военного ведомства по производству опытов с просолкой мяса по способу Моргана и по испытанию походных хлебопекарных печей. Весной 1911 г. был командирован на 6,5 месяцев в Дрезден на международную гигиеническую выставку, по возвращении с которой составил отчет, сокращенно опубликованный в Военно-медицинском журнале (1912 г.), а также вышедший отдельным оттиском. С 1 февраля 1913 г. по 1 февраля 1914 г. К.В. Караффа-Корбут находился в научной командировке за границей, в марте 1914 г. он получает доцентуру на кафедре гигиены Военно-медицинской академии.

В начале I мировой войны К.В. Караффа-Корбут служит в армии эпидемиологом, а в дальнейшем руководит санитарной лабораторией Западного фронта и в этот же период создает первую в России санитарно-эпидемиологическую подвижную лабораторию. В 1916-1918 гг. он руководит кафедрой общей гигиены Военно-медицинской академии, а в 1918 г. избирается профессором гигиены Института усовершенствования врачей в Петрограде и профессором профессиональной гигиены в Технологическом институте. В 1922 г. К.В. Караффа-Корбут переехал в Польшу и возглавил кафедру гигиены Виленского университета. Признавая крупнейшие заслуги ученого в области гигиены, Польская академия наук в 1933 г. избрала его своим членом-корреспондентом. В расцвете творческих сил К.В. Караффа-Корбут заболел лакунарной ангиной, от которой и скончался в 25 января 1935 г.

К.В. Караффа-Корбут внес весомый вклад в развитие русской и польской медицинской науки. 70 из 125 его работ выполнены в России. Занимаясь хирургией, он опубликовал 12 научных трудов, а остальные его работы относятся ко второму периоду его научной и практической деятельности как профилактика.

Значительное место в научном творчестве К.В. Караффа-Корбута занимают работы в области эпидемиологии, бактериологии и дезинфекции. Им были составлены краткие пособия по практической дезинсекции и дезинфекции и по очистке питьевой

воды от холерных вибрионов в условиях военного времени. В 1915 г. вышла его работа «Одна из задач санитарно-гигиенических и дезинфекционных отрядов».

Несомненен вклад К.В. Караффа-Корбут в русскую военную гигиену. Его деятельность в области гигиены была сосредоточена на вопросах гигиены питания (консервированиемясановыми методами,предупреждение отравления «мясным ядом» производство колбасных изделий) Ряд работ ученого посвящен гигиене водоснабжения, труда и школьной гигиене.

В годы первой мировой войны получают развития организационные формы противоэпидемической защиты русской армии. В это время научные работы К.В. Караффа-Корбут, хотя и имеют преимущественно описательный характер, но дают достаточно полное представление о средствах и методах борьбы с эпидемиями, силах, средствах и способах противоэпидемическойзащиты русской армии в период первой мировой войны и содержат формулировки важных организационных принципов противоэпидемическойзащиты войск. Так, на основе двухлетнего опыта войны в своей работе «Борьба с инфекционными болезнями в действующей армии в условиях текущей кампании» (1916 г.) он выдвинул следующие «директивы» (по существу организационные принципы в различные периоды боевых действий) военной эпидемиологии:

1. Санитарные мероприятия в ходе военных действий должны распространяться как на армию, так и на гражданское население.

2. Для руководства противоэпидемической деятельностью нужно готовить специалистов-эпидемкологов, а для проведения мероприятий иметь специальные силы и средства (санитарно-эпидемиологические учреждения).

3. На коммуникациях театра военных действий необходимо создавать «фильтры» (барьеры), освобождающие «центробежный» и «центростремительный» потоки воинских чинов, от инфекции и препятствующие заносу инфекций, с одной стороны - из внутренних областей империи в действующую армию, с другой - из армии внутрь империи.

4. Инфекционные больные должны лечиться «на месте», без эвакуации в тыл страны.

Опыт следующих мировых войн с использованием научных работ К.В. Караффа-Корбут позволил военным эпидемиологам совершенствовать организационные формы и методы противоэпидемической защиты войск на театре военных действий.

Таким образом, в период работы в России К.В. Караффа-Корбут был одним из тех, кто стоял у истоков русской военной эпидемиологии, внес большой вклад в теорию и практику противоэпидемической защиты войск и населения.

СОЗДАНИЕ И РАЗВИТИЕ РЕНТГЕНОФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ

Левчук Л.И., Дементьева В.П.

УЗ «Брестский областной противотуберкулезный диспансер»

Лучевая диагностика туберкулеза занимает ведущее место в выявлении туберкулеза, диагностике и контроле за излечением больных туберкулезом.

В первые послевоенные годы до 1954 г. обследование больных туберкулезом в облтубдиспансере проводилось примитивным рентгеноскопическим методом на аппарате «Буревестник» с томофлюорографической приставкой. Обслуживала этот аппарат лаборантка без медицинского образования Бухарова Анна Михайловна, в обязанности которой входили включение и выключение аппарата при рентгеноскопии. В 1954 г. на должность рентгенлаборанта была направлена Долгова Таисия Яковлевна, выпускница Ленинградской фельдшерской школы, рентгентехнического отделения. С этого времени в комплексе рентгеновского обследования больных внедрена томография, томофлюорография и рентгенография костей и суставов на имевшемся старой конструкции рентгеновском аппарате «Буревестник». В 1968 г. получен более современной

конструкции рентгеновский аппарат «РГД-110». На этом аппарате Долгова Т. Я. освоила и начала производить современное рентгенотомографическое обследование больных туберкулезом. Позже облтубдиспансер оснащается современными аппаратами «Диагномакс», «ТУР-Д-800, «Сименс»-2», крупнокадровым флюорографом «Сериомета». На портативном палатном передвижном рентгеновском аппарате приходилось делать рентгенограммы на операционном столе и в палатах послеоперационным больным.

В должности рентгенлаборанта Долгова Т. Я. проработала все годы своей трудовой деятельности до выхода на пенсию. В этот период в разное время заведовали рентгеновским кабинетом Корза Борис Юльянович, Дубинина Маргарита Дмитриевна, Политман Ева Борисовна, Чаквин Лев Дмитриевич, Горщарук Владимир Павлович, а с 1976 г. по настоящее время трудится Дементьева Валентина Павловна. Рентгенологами работали Ягубский Абрам Самуилович, Гетманюк Виталий Михайлович.

Долгова Т. Я. подготовила на рабочем месте многих лаборанток для своего учреждения и районов области Гундарь Инну Федосьевну, Дулевич Надежду Степановну, ушедших на заслуженный отдых, а Шецко Светлана Сергеевна продолжает трудиться по настоящее время.

В послевоенные годы противотуберкулезные учреждения начали оснащаться рентгенодиагностической, флюорографической и другой техникой, что дало возможность проведению широкого рентгенофлюорографического обследования (РФО) населения на туберкулез. Были определены обязательные контингенты, подлежащие ежегодному обследованию на туберкулез, обращалось особое внимание на их обследование.

Врачи ОТД Промзелева Т. С., Саэт Е. С., Дубинина М. Д. и др. выезжали на промышленные предприятия, районы области по организации проведения массовых флюорографических обследований населения на туберкулез.

Первый узкокадровый флюорограф получен в 1951 г. облтубдиспансером, которым было осмотрено на туберкулез 2776 человек. В 1954 г. область уже располагала 4-мя узкокадровыми флюорографами (1 стационарный и 3 передвижных), ими осмотрено 94371 человек. В 1955 г. количество профосмотров этой техникой возросло до 124267 человек, выявляемость больных туберкулезом составила 0,31%. Кроме того профосмотры проводились простым рентгеноскопическим методом имевшимися рентгеновскими аппаратами. Ежегодно увеличивается количество населения, охваченного профилактическими осмотрами на туберкулез, больше стало уделяться внимания осмотрам сельского населения, обязательных контингентов.

В 60-е годы с целью раннего выявления больных туберкулезом прочное место занимает метод флюорографического обследования населения. Районы обеспечиваются передвижными и стационарными флюорографами. В это время начали поступать крупнокадровые флюорографы. К 1965 г. в области из 16 флюорографических установок 7 было крупнокадровых. С имеющейся рентгенофлюорографической техникой область подошла к дифференцированному обследованию населения на туберкулез в соответствии с установленными сроками: ежегодному обследованию обязательных контингентов и не реже 1 раза в два года всего населения с 12-летнего возраста, а в ряде районов – Столинском, Кобринском, Ивацевичском, Ганцевичском проводилось сплошное РФО сельского населения на туберкулез.

Происходили качественные изменения в диагностике и лечении. В рентгеновском исследовании всех больных туберкулезом повсеместно внедрена послойная томография легких при облтубдиспансере, Барановичском гортубдиспансере, налажены бронхологические методы обследования.

В начале 70-х годов были приняты меры по оснащению всех районов крупнокадровыми флюорографами. К 1974 г. почти во всех районных поликлиниках были установлены крупнокадровые флюорографические установки и заменены полностью узкокадровые. Увеличение флюорографического парка дало возможность все большего охвата населения флюорографическими осмотрами на туберкулез и улучшения раннего выявления больных.

По сравнению с 1965 г. более чем в два раза увеличилось количество населения, охваченного флюорографией. В 1976 г. охвачено обследованием 69% всего насе-

ления, подлежащего осмотрам. По сравнению с 1965 г. в четыре раза уменьшился удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза среди вновь выявленных больных. Эти формы в последующие годы стали регистрироваться в единичных случаях лишь в отдельных районах. При проведении массовой флюорографии среди населения обращалось внимание на охват лиц пожилого и старческого возраста, среди которых стал чаще регистрироваться туберкулез всех локализаций. Удельный вес вновь выявленных больных в возрастной группе старше 60 лет в 1970 г. составил 26%.

При наличии необходимой материальной базы в области, задачами фтизиатрической службы на ближайший период являлись: переход на интенсивные меры борьбы с туберкулезом по всей области, полный охват всего населения массовыми рентгенофлюорографическими обследованиями на туберкулез, выявление и наблюдение контингентов повышенного риска по заболеванию туберкулезом, проведения комплекса профилактических мероприятий, ликвидации туберкулеза среди сельскохозяйственных животных, увеличение процента излечения больных туберкулезом.

В начале в качестве эксперимента в проведении интенсивных противотуберкулезных мероприятий была включен один Пружанский район, затем Ляховичский, Малоритский с вовлечением всей области. Практика показала, что в условиях сплошного РФО заболеваемость туберкулезом увеличивалась в разных районах в 1,5-2,5 раза за счет выявления ранее неизвестных больных туберкулезом, в последующие годы заболеваемость резко снижалась.

Наилучшие показатели по туберкулезу были достигнуты к 1990 г. Заболеваемость на 100 тысяч населения снизилась с 63,9 в 1980 г. до 29,0, болезненность с 339,8 до 131,0, смертность с 10,3 до 3,6. В это время флюорография стала методом выявления не только туберкулеза, но и всей легочной патологии, онкологических заболеваний. Обращалось особое внимание на полный охват РФО подлежащего населения, особенно обязательных контингентов и угрожаемых по туберкулезу групп населения.

Распад Советского союза повлиял на эпидемиологию туберкулеза, вызвал рост эмиграции населения, массовые отказы от рентгенофлюорографических осмотров и другие причины вызвали ухудшение ситуации по туберкулезу, заболеваемость и смертность начали расти до 1999 г. Заболеваемость к этому времени выросла на 100 тысяч населения до 50,2, смертность до 7,9, болезненность до 178,4.

В создавшейся обстановке фтизиатры изыскивали новые методы работы, рационально использовали имеющиеся резервы для более полноценного проведения противотуберкулезных мероприятий в соответствии с требованиями времени. В результате предпринятых мер фтизиатрической службой области, вопросы туберкулеза были взяты под контроль лишь в 2000 г. С этого времени основные показатели по туберкулезу начали медленно улучшаться.

За последнее десятилетие в области полностью заменена устаревшая рентгеновская и флюорографическая техника, все районы и гор. поселковые больницы располагают стационарными флюорографами, а крупные районы – передвижными. Всего в области числится 32 передвижных флюорографов «Пульмозэкспресс» и 47 стационарных «Пульмоскан». Имеющейся флюорографической техникой в настоящее время возможно охватить РФО ежегодно подлежащее население и выявлять до 80% больных туберкулезом профилактическими осмотрами. При ежегодном охвате РФО 98% подлежащего населения, средняя нагрузка на передвижные флюорографы составила 22155 человек, на стационарные – 18658 человек, выявляемость больных туберкулезом составила 0,05%.

Эпидобстановка по туберкулезу в области за последнее 10-летие стабилизировалась с ежегодным улучшением основных эпидемических показателей по туберкулезу. В 2011 г. заболеваемость туберкулезом на 100 тысяч населения составила 37,1, смертность 7,3, однако уровня эпидпоказателей 1990 г. пока не достигнуто.

С открытием нового здания облтубдиспансера на 280 коек и диспансерного отделения на 400 посещений в смену в 1986 г. два рентгеновских кабинета оснащены новыми рентгеновскими аппаратами «Сименс-Сирескоп СХ» и «Вижион», флюорокабинет «Пульмосканом», передвижным флюорографом «Пульмозэкспресс». Противотуберкулезные учреждения области также оснащены новой современной диагностиче-

ской рентгеновской аппаратурой.

В области сложился постоянный высококвалифицированный коллектив рентгеновской службы. Зав. рентгенкабинетов с 1976 г. продолжает работать Дементьева Валентина Павловна с 1 квалификационной категорией, второй рентгенолог Постник Лариса Адамовна окончила Гродненский мединститут в 1998 г, и клиническую ординатуру по лучевой диагностике, рентгенлаборанты Шецко Светлана Сергеевна, Белемук Тамара Ивановна, Чайковская Людмила Николаевна, Стяпонавичюс Эльвинас Владимирович, Шипук Михаил Николаевич. Стационарный флюорограф по очередности обслуживают рентгенлаборанты.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА ГРОДНЕНЩИНЕ

Лискович В.А., Наумов И.А., Науменко А.В., Щастная Т.В.

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В каждой стране сестринское дело имеет свою историю, традиции и особенности. Понятие «сестринское дело» довольно широкое и многоликое. Поэтому, чтобы понять сущность сестринского дела, нельзя ограничиваться лишь одним определением. Необходимо задуматься над тем, кем является медицинская сестра, о её роли и функциях. В мировой практике сестринское дело является профессией, наукой, подсистемой в системе здравоохранения. Первое определение сестринского дела было дано Флоренс Найтингейл в 1859 году.

В период первых поселений на территории Гродненщины (9 -12 вв.) возникает народное врачевание. Первые врачеватели и врачевательницы одновременно выполняли сестринские функции, как в мирное, так и в военное время. С этим периодом связано и начало медицинского ухода.

Последующие этапы в истории развития сестринского ухода (12-18 вв.) – это монастырская медицина, шпитальная помощь. Так, в Гродно на рубеже 17-18 вв. создаются монастыри бригиток, базилианок, бернардинок. Православные, католические сёстры-монахини играли существенную роль не только в душевном, но и в физическом излечении прихожан.

В 1550 году в Гродно открывается первый шпиталь. В шпиталях люди, чаще немощные, калеки, старики, находили кров, питание, уход и лечение.

В 1649 году в г. Гродно был открыт цех цирюльников. Наличие мастеров и подмастерьев, ученичества, а также выполнение большого объёма простых хирургических манипуляций (а порой и сложных операций) позволяют считать организацию и деятельность цехов цирюльников этапом развития сестринского дела.

Значительный исторический интерес представляет деятельность Гродненской повивальной школы. 1 октября 1876 года состоялось открытие первой повивальной школы. А в 1878 году произведён первый её выпуск – 13 повивальных бабок.

В Уставе Гродненской повивальной школы с родильным отделением определялись порядок приёма и обучения. В школу принимались как грамотные, так и неграмотные женщины, преимущественно из сельской местности в возрасте 18-30 лет. Выдержавшие вступительные экзамены обучались за «казённый» (государственный) счёт, однако могли учиться и «своекоштные». Воспитанницы были обеспечены форменной одеждой, обувью, они жили и питались при школе. После окончания школы и принятия клятвенного обещания выпускнице присваивалось звание – «сельская повивальная бабка», о чём выдавалось свидетельство.

В 1900 году отменены звания «сельская повивальная бабка» и «повитуха», введены звания «фельдшерица-акушерка 1-го и 2-го разрядов». Уровень образования акушерок-фельдшериц был качественно выше, чем повивальных бабок.

В период (1920-1939 гг.) на территории Гродненщины в организации сестринской помощи можно установить ряд особенностей. Так, в сельской местности при не-

достаточном количестве врачебного персонала определённую роль в оказании медицинской помощи продолжали играть фельдшера и акушерки. Однако к работе допускались только те из них, кто имел соответствующее образование (квалификацию). Они не проводили самостоятельную практику в фельдшерских пунктах, которых как таковых не было, а являлись помощниками врачей в работе врачебных пунктов, амбулаторий, консультаций.

В послевоенные годы средние медицинские работники участвовали в восстановлении разрушенных лечебных учреждений, ликвидации эпидемической угрозы инфекционных заболеваний, выполняли расширенный объём профессиональных обязанностей, нередко занимали должность организаторов здравоохранения. Происходило становление и преобразование сестринской подготовки на Гродненщине. В 1944 году в Гродно открываются фельдшерско-акушерская и фармацевтическая школы, которые в 1948 году были объединены. Тогда же (1944 год) возобновляет работу Слонимская школа медсестёр. В 50-60 годы медицинские училища работали в Ошмянах, Желудке, Новогрудке.

В 60–е годы ряд лечебных учреждений Гродненской области выступили инициаторами движения за коммунистическое отношение к труду, в которое к 1971 году включилось свыше 13 тыс. работников здравоохранения. В этот период начали проводиться смотры-конкурсы «Лучший по профессии» среди средних медицинских работников, которые не утратили актуальности и в наше время.

В 1966 г. образован Гродненский областной совет средних медицинских работников. Советы средних медицинских работников различных уровней играют конкретную организационную и нравственно-воспитательную роль. К началу 80-х годов этой системой было охвачено более 8 тыс. медсестёр, акушеров, фельдшеров, лаборантов.

В 60-80-е годы за существенный вклад в оказании медицинской помощи более 100 средних медицинских работников были награждены знаком «Отличник здравоохранения».

В 1991 году начался новый этап в образовании медицинских сестер, а именно, в Гродненском медицинском институте была открыта очная (а с 1996 года – и заочная) форма обучения медицинских сестёр с высшим образованием.

Одним из лидеров сестринского движения на Гродненщине была Земскова Антонина Сергеевна. В 1937 году окончила 1-ю Ленинградскую акушерскую школу. В 1941 году была призвана в ряды Красной Армии. Войну закончила в звании лейтенанта медицинской службы. Демобилизована в 1946 году. С 1946 года работала в Гродненском родильном доме старшей акушеркой. Проявила себя грамотным организатором и хорошим наставником. Именно под руководством Антонины Сергеевны в Гродненском областном клиническом родильном доме был образован Совет сестер, который и по настоящее время плодотворно функционирует в Гродненском областном клиническом перинатальном центре. Его деятельность направлена на развитие самосознания средних медицинских работников, улучшение их работы по укреплению здоровья, профилактике и лечению заболеваний, согласно инновационным методикам, основанным на этико-деонтологических стандартах, а также на развитие культуры общения. В целях совершенствования организации труда специалистов со средним медицинским образованием Советом сестёр разработаны и утверждены главным врачом алгоритмы работы.

В состав Совета сестёр перинатального центра входит четыре сектора, каждый из которых выполняет определённые функции:

- сектор профессиональной практики среднего медицинского персонала;
- сектор по инфекционному контролю и безопасности среднего персонала;
- сектор по питанию;
- сектор по информации и связям с общественностью.

В целях внедрения современной концепции сестринского дела в практику, повышения уровня знаний и умения среднего медперсонала, повышения качества оказываемой медицинской помощи роженицам, родильницам и новорожденным в Гродненском областном клиническом перинатальном центре ведётся активная работа учебно-методического центра для среднего медперсонала. Опытными специалистами проводятся занятия, как для группы лиц, так и индивидуально, с обязательной отработкой

практических навыков.

В настоящее время медицинские сестры стали равноправными участниками преобразований национальной системы здравоохранения и членами международного сестринского сообщества с высоким чувством профессионального самосознания и долга.

Будущее сестринского дела зависит от ежедневного добросовестного труда каждого среднего медицинского работника в составе единого сестринского коллектива.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ г. ГРОДНО В 1962-2002 г.

Лискович В.А., Федин А.В., Авер Ж.К., Липец А.С.

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

В декабре 1962 г. Гродненский родильный дом на 175 коек вместе с ЖК № 1 переехал в возведенное новое 3-х этажное здание по ул. Горького, 77. В это время стационарная помощь беременным оказывалась в акушерско-гинекологическом отделении на 55 коек (30 акушерских и 25 коек гинекологического профиля). В отделении проводились плановые гинекологические операции и лечились женщины с патологией беременности.

Это были трудные годы. Техника операций кесарева сечения была несовершенной, отсутствовали современные антибиотики и шовный материал, был высокий удельный вес послеродовых и послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, но благодаря высокому профессионализму, добрым рукам сотрудников отделения, удавалось сохранить жизнь и здоровье женщин и новорожденных.

В 1965 г. в Гродненском роддоме было открыто отделение патологии беременности. Заведующей была назначена Никитина М.И., старшей акушеркой с 1965 года была назначена Буракова Вера Прокопьевна. С 1967 года заведующим отделением был назначен Иосько Алексей Васильевич. В дальнейшем отделение возглавляли Прокопчик Софья Афанасьевна, Давыдов Леонид Владимирович. Главный врач Шамрей Р.И. в 1968 г. прошел специализацию по анестезиологии и стал совмещать работу врача акушера-гинеколога и анестезиолога. Внедрил интубационный наркоз при операциях кесарева сечения, а в 1969 г. в Гродненском роддоме была организована анестезиологическая служба.

Была проведена значительная работа по созданию материально-технической базы учреждения, формированию коллектива врачей акушеров-гинекологов, средних и младших медицинских работников, основной задачей деятельности которых являлось оказание высококвалифицированной профилактической и лечебной помощи беременным и родильницам.

С начала 1970-х гг. для строительства учреждений родовспоможения стали использоваться средства, полученные на «коммунистических» субботниках, в том числе и на строительство 5-ти этажного корпуса Гродненского роддома.

В 1973 г. в роддоме было принято 4020 родов, из них - 3,5% преждевременных, удельный вес операций кесарева сечения составили 1,7%, из них плановые - 21,3%, удельный вес акушерских щипов - 1,7%. Материнской смертности не было, перинатальная смертность составила 17,8‰, мертворождаемость - 10,6‰, РНС - 7,2‰.

С 15.12.1980 г. стационар после объединения с городской гинекологической больницей №3 стал Гродненским городским объединенным клиническим родильным домом на 500 коек. В его составе были два отделения патологии беременности.

1-е отделение патологии беременности было развернуто на 55 коек. Заведовала отделением Прокопчик Софья Афанасьевна. Старшей медсестрой была назначена Буракова Вера Прокопьевна. Отделение патологии беременности № 2 было развернуто на 40 коек. Руководила отделением Гапон Наталья Кирилловна, старшей акушеркой работала Федчик Галина Алексеевна. В роддоме работал кабинет функциональной

диагностики, в котором проводились ЭКГ, исследование сердцебиения плода аппаратом «Малыш», пневмотахометрия и спирометрия.

С 1985 года помощь беременным оказывали: 2-е акушерское - на 70 коек (заведующая – Смолей Надежда Ивановна), отделение патологии – на 60 коек (заведующий – Давыдов Леонид Владимирович), 4-е гинекологическое отделение на 60 коек (заведующая Т.А.Шилина). В 1988 году количество коек в 1-м отделении патологии было увеличено до 70 коек.

В 1985 году с роддомом был получен первый аппарат УЗИ, врачом ультразвуковой диагностики был Иосиф Иванович Молчун. В 1989 году в Гродно и области по инициативе Молчуна И.И. был налажен регулярный скрининг беременных в определенные сроки беременности, что повысило выявляемость врожденных пороков развития у плодов, позволило вовремя прерывать беременность при пороках развития не совместимых с жизнью, значительно уменьшить перинатальную смертность.

В ноябре 1990 года в роддоме вновь открывается 2-е отделение патологии на 40 коек. Заведующей отделением была назначена Шилина Татьяна Алексеевна, старшей медсестрой – Миклашевич Лариса Михайловна.

Акушерско-гинекологическое отделение роддома с марта 1993 года было возвращено на 55 коек, из них 30 акушерских и 25 коек гинекологического профиля, 2 поста средних медработников, процедурный, перевязочный и манипуляционный кабинеты. Заведующей была Рутковская Марьяна Францевна, старшей акушеркой – Моисей Алла Николаевна.

За 1993 год в роддоме было принято 4542 родов, из них - 4,2% преждевременных. Операцией кесарева сечения было закончено 9,3% родов, из них - 42,1% плановых. Удельный вес наложения акушерских щипцов составил 0,4%. Материнской смертности не было, уровень перинатальной смертности составил 9,7‰, мертворождаемость - 5,7‰, ранняя неонатальная смертность - 4,1‰. В 1990 г. в ЖК № 5 начал свою работу первый в городе дневной стационар для беременных женщин и гинекологических больных.

В 1994 году родильным домом был получен 3-й ультразвуковой сканер Aloka-1200, а в 1995 к нему была приобретена доплеровская приставка, что позволило производить не только фетометрию, но и исследование кровотока в сосудах пуповины и сосудах плода для определения внутриутробного состояния плода и ранней диагностики фетоплацентарной недостаточности.

В тесном сотрудничестве с акушерами-гинекологами по оказанию помощи беременным женщинам в разное время работали терапевты: заслуженный врач БССР Леонкова Екатерина Митрофановна, Коробейникова Галина Васильевна.

11.11.97 г. Гродненская городская клиническая больница № 3 была переименована в Гродненский городской клинический родильный дом. Помощь беременным оказывалась следующими отделениями: 2-м родильным отделением на 85 коек заведующая С.В.Дембовская, старшая акушерка – Е.Р.Гидревич; 1-я патология беременности на 70 коек: заведующий Л.В.Давыдов, старшая акушерка Г.А.Федчик; 2-ая патология беременности на 40 коек: заведующая Т.А.Шилина, старшая медсестра Л.М.Миклашевич; акушерско-гинекологическое на 55 коек заведующая М.Ф.Рутковская, старшая медсестра – Е.В.Кузьмина.

В 1999 г. в роддоме была создана психотерапевтическая служба, основной задачей которой являлось оказание квалифицированной психотерапевтической и психологической помощи беременным, роженицам и родильницам.

В ноябре 2002 г. в связи с капитальным ремонтом произошла реорганизация родильного дома.

При закрытии 1-го корпуса на капитальный ремонт 2-е родильное отделение сокращено - с 85 до 45 коек, 1 и 2 отделения патологии беременности были закрыты, акушерско-гинекологическое сократилось с 60 до 55 коек.

Многое изменилось за эти годы в структуре и организации работы роддома. Но лечебно-диагностическая помощь, оказываемая беременным в Гродненском областном клиническом перинатальном центре, всегда была и остается современной, квалифицированной и самого высокого качества.

ИСТОРИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Литвин А.А., Хмылко А.И., Немтин А.З., Жариков О.Г.

УЗ «Гомельская областная клиническая больница»

История хирургии Гомельской областной клинической больницы берет начало с 1944 года, когда на базе 1-й Советской больницы (в настоящее время Гомельская областная клиническая больница скорой медицинской помощи) было организовано два хирургических отделения – «чистое» (заведующий – И.А. Бабицкий) и «гнойное» (заведующий – А.А. Короткевич). Лечились не только общехирургические больные, но и пациенты травматологического, урологического, онкологического профиля. Большинство операций проводилось под местным обезболиванием. В 1945 г. было выполнено 745 операций, в том числе 366 по экстренным показаниям.

В те годы работали такие известные хирурги Е.Е. Герасимова, С.В. Шишов, Е.Ф. Рошин, а также А.Ф. Кривошекий, который стал впоследствии начальником управления здравоохранения Гомельского облисполкома, при этом активно работая и как абдоминальный хирург, обучая молодых специалистов новым методам хирургических операций, в т.ч. резекциям желудка. Старшей медсестрой хирургического отделения работала в то время А.Н. Седич. В 1955 г. количество хирургических коек увеличилось до 100 (1-е отделение на 60 коек, 2-е – гнойное – на 40). Заведующим 1-м хирургическим отделением и главным хирургом области был кандидат медицинских наук Кенисберг Эммануил Яковлевич, внесший большой вклад в развитие хирургической службы больницы. Он первым внедрил внутривенные инфузии, был инициатором применения общего обезболивания при хирургических вмешательствах. При нем стала интенсивно развиваться хирургия желудка и внепеченочных желчных путей, стали ежемесячно проводиться заседания научного общества хирургов Гомельской области.

Заведующим 2-м хирургическим отделением в то время был В.Г. Чешик, внесший большой вклад в становление и развитие торакальной и сосудистой хирургии области, ставший впоследствии главным врачом областной специализированной туберкулезной больницы.

В те годы хирургия областной больницы пополнилась такими специалистами, как С.С. Слободова, А.А. Сидоров, Н.Н. Федорова, В.И. Марголин, Б.И. Яхнюк, Д.З. Лившиц, Н.Е. Дьяконова, В.Д. Варвашеня, А.В. Доморадов. Старшей медсестрой была А.Т. Медведева, проработавшая в этой должности до 1986 г..

В 1955 году организованы круглосуточные дежурства хирургов. Хирурги областной больницы стали осуществлять плановые и экстренные выезды в районные больницы.

С 1958 г. хирургическую службу Гомельской области возглавил И.М. Касим. В этой должности он проработал более 25 лет. И.М. Касим внес большой вклад в укрепление материально-технической базы хирургических отделений, подготовку кадров, становление и развитие анестезиологии-реанимации, специализированной хирургической помощи. С 1963 года И.М. Касим, будучи главным хирургом управления здравоохранения, занимал должность заведующего 1-м хирургическим отделением, проявил себя не только талантливым организатором, но и блестящим хирургом-практиком. В 1971 г. в областной больнице было развернуто 3 хирургические отделения: 1-е – экстренное на 60 коек (заведующий отд. Е.Ф. Рошин); 2-е – плановое на 40 коек (заведующий отд. В.Ф. Подъелец); 3-е – гнойное на 40 коек (заведующий отд. А.П. Глушенко).

С 1976 г. в главном корпусе областной больницы начали функционировать два хирургических отделения по 60 коек – экстренной и плановой хирургии. Отделением плановой хирургии руководил В.Ф. Подъелец, старшей медсестрой работала А.Т. Медведева. Отделением экстренной хирургии заведовали А.П. Глушенко, А.Т. Ярошевский, А.Г. Скидан. Старшими медсестрами работали Т.Ф. Васильева, Л.Н. Смоликова.

Здесь выросла целая плеяда высококвалифицированных хирургов, ставших широко известными в Гомельской области и за ее пределами: Л.А. Казущик, П.В. Гор-

ностаи, В.Ф. Анискевич, А.Г. Скидан, И.А. Тинчурин, Г.С. Раголевич, В.И. Богданович и др.

Большой вклад в организацию работы отделений, подготовку хирургических кадров внесли П.В. Горностай, возглавивший хирургическую службу Гомельской области с 1984 г., и Л.А. Казущик, работавший заместителем главного врача областной больницы по хирургии с 1984 г. по 2001 г.

С 2001 г. хирургическую службу областной больницы возглавил кандидат медицинских наук А.А. Литвин, уделяющий большое внимание вопросам подготовки кадров, внедрению новых технологий в хирургическую практику, научной работе в отделениях.

В отделениях успешно работают хирурги-ветераны – П.В. Горностай, А.Г. Скидан, И.А. Гусев, высококвалифицированные хирурги А.И. Хмылко, А.З. Немтин, И.П. Сушкин, В.И. Леоненко, а также молодые врачи А.Г. Волошиненко, А.В. Довгяло, О.Г. Жариков, Н.П. Мельникова, Д.Е. Федоренко. На базе отделений трудятся сотрудники кафедры хирургических болезней № 2 Гомельского государственного медицинского университета (В.М. Майоров, Д.М. Адамович, В.В. Лин, В.И. Батюк), возглавляемой доктором медицинских наук, профессором З.А. Дундаровым.

Детское хирургическое отделение в составе больницы начало функционировать с 1977 г. и было развернуто на 80 коек. Отделение было переведено из медико-санитарной части завода «Гомсельмаш», где функционировало с 1969 года. Возглавил отделение В.А. Беляй, ординатором отделения был Г.Н. Валуй, в 1970 году приступил к работе И.А. Зуй. Старшей медсестрой отделения с 1969 г. по 2002 г. работала Л.Ф. Конусевич.

В разные годы в отделении работали: кандидат медицинских наук З.И. Каленик, нынешний главный врач Калинковичского ТМО А.А. Шевко, ассистент Минского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук В.М. Черевко, врачи В.А. Русаков, В.В. Семитко, Е.Ф. Бочковская (ныне врач детского хирургического центра г. Минска), В.Э. Нитиш (ныне заместитель главного врача Гомельского областного клинического онкологического диспансера), Э.Н. Платошкин (декан Гомельского государственного медицинского университета), И.М. Рагунович (заместитель главного врача 3-й городской клинической больницы), О.А. Зимелихин (главный врач областной детской больницы). Ветеранами отделения являются Л.П. Старжинская, Ю.В. Дмитриев, С.В. Шайдулин, А.Н. Баровский, А.В. Баранчук, В.М. Кизюн, Н.В. Ачинович. С 1991 г. по 2002 г. отделением руководил Валуй Г.Н, с 2002г. – Ю.В. Дмитриев. С 2002 г. старшей медсестрой отделения работает А.В. Качуро.

Отделение хирургической эндоскопии создано в 1988 году. До этого времени эндоскопические исследования проводились врачами хирургического профиля, в больнице имелось лишь два кабинета для осмотра желудочно-кишечного тракта. Первым заведующим отделением хирургической эндоскопии стал В.Э. Нитиш, старшей медицинской сестрой была назначена М.М. Наумова, которая и по настоящее время продолжает руководить работой младшего и среднего медицинского персонала.

Одними из первых в области здесь начали проводить исследования желчевыводящих протоков под контролем электронно-оптического преобразователя с применением контрастных препаратов, вводимых через эндоскоп, активно внедрялись методики лечения длительноживающих язв желудочно-кишечного тракта.

Урологическая служба в Гомельской области начала формироваться в самостоятельную специализированную помощь в 1950 г., когда на базе хирургического отделения 1-й Советской областной больницы г. Гомеля было выделено 5 коек для лечения больных урологического профиля. В это время в Гомель приехал опытный врач-клиницист, ученик профессора А.И. Михельсона Б.И. Яхнюк.

В 1954 г. был организован прием больных урологического профиля на базе центральной поликлиники г. Гомеля. В 1956 г. количество урологических коек в областной больнице возросло до 20, а в 1960 г. было организовано самостоятельное урологическое отделение на 30 коек (зав. отделением Б.И. Яхнюк, ординаторы Д.З. Лившиц, Н.И. Орда).

В 1962 г. областное урологическое отделение было расширено до 40, а в 1976 году – до 80 коек. Отделение стало центром оказания специализированной урологической помощи больным Гомельской области. Заведующим отделением был назначен

врач А.П. Лебедев, врачи-ординаторы: Б.И. Гришков, Л.И. Артюшков, А.М. Овсиенко.

Большой вклад в развитие урологии Гомельской области внесен заслуженным врачом БССР А.П. Лебедевым, который с 1975 г. по 1997 г. являлся главным внештатным урологом Гомельской области. С 1997 по 2001г.г. отделением руководил нынешний главный врач больницы А.И. Касим. В настоящее время заведует отделением урологии А.Е.Волкова.

Нейрохирургическое отделение было открыто в конце 1966 г., было развернуто 12 коек, позднее его расширили до 40 коек. Заведующим отделением нейрохирургии был назначен М.Ш. Лившиц, который возглавлял отделение до 1981 года. С 1966 года в отделении работали врачи-нейрохирурги В.П. Белоусов и Б.И. Вилькин.

В 1972 г. был принят на должность врача-нейрохирурга Ю.К. Юшкевич, который с 1981 г. по 1997 г. заведовал отделением. В 1977 г. нейрохирургическое отделение переведено в новый корпус областной больницы и расширено до 60 коек. В 1977 г. приняты на работу С.В. Зубков, с 1979 г. – В.М.Сатишур.

С 1997 года заведовал отделением и руководил нейрохирургической службой области Олизарович М.В. В настоящее время заведует отделением Говрушко О.С.

При открытии больницы ЛОР-отделение насчитывало 15 коек (зав. отделением Ш.И. Карасик). В 1960 г. отделение расширено до 25 коек, в 1970 – до 40. С 1967 г. по 1983 г. заведующей отделением работала Е.И. Полиенко, заслуженный врач БССР. С 1976 г. после открытия нового корпуса областной больницы было развернуто отделение на 80 коек.

С 1983 по 2012 гг. заведующим ЛОР-отделением был к.м.н., доцент В.И.Садовский, в настоящее время отделением заведует к.м.н. А.В. Черныш. В 1962-1963 гг. в ЛОР-отделении внедрены микрохирургия уха, тимпанопластика, в 1985 г. – микрохирургия гортани, в 1992 г. – функциональная эндоназальная эндоскопическая хирургия, с 1995 г. – пластические и косметические операции на ухе и носу.

С 1994 года на базе ЛОР-отделения открыт курс ЛОР-болезней ГГМУ. В 1967 г. открыт сурдологический кабинет (С.В.Тинчурина), а в 1983 г. – фониатрический (В.Д. Дроздов).

Отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии мощностью в 20 коек было организовано в 1970 г. До этого периода выделялись специализированные койки в составе нейрохирургического отделения. С первых дней организации и до 1987 г. отделением руководил Л.М. Эпельбаум, который внес большой вклад в становление и развитие отделения. С 1987г. по 1991 г. отделение возглавлял Д.Г.Филипчук – автор 16 научных работ и 14 рационализаторских предложений. Здесь начинали трудиться Л.И. Тимашкова, которая с 1991 по 2002 г. возглавляла отделение, и А.М.Татаренко. С 2002 г. отделением руководит В.И. Санников. Старшей медсестрой работает С.П. Каспирова.

Ортопедо-травматологическое отделение на 40 коек появилось в областной больнице в 1971 г. после введения в строй нового корпуса. Первым заведующим отделением был С.И. Тумель. Старшей медсестрой отделения была К.Г. Бондарева. Вместе с ними работали врачи М.М. Дятлов, Д.М. Сердюков, В.И. Розанский и др.

В декабре 1976 года было развернуто ортопедо-травматологическое отделение на 80 коек, заведующим назначен М.М. Дятлов, старшей медсестрой – А.В. Пырх, затем Т.Д. Перевозникова. Работу в отделении вели врачи В.С. Дон, И.Г. Вергейчик, В.Г. Ермаков, А.В. Логвиненко, В.П. Старжинский. В настоящее время заведующим отделением является Ю.К. Косс, старшей медсестрой – Т.С. Кириленко.

ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Лопатина А.Л., Лях О.Е., Шаршакова Т.М.

УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический диспансер»

Управление здравоохранения Гомельского облисполкома

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

История Гомельского кардиологического диспансера тесно связана с организацией и развитием кардиологической службы Республики Беларусь. Приказ Управления здравоохранения Гомельского облисполкома № 240, 15.12.1983г. определил открытие Гомельского областного кардиологического диспансера (УГОККД). Возглавил и активно развивал созданную структуру в течение 20 лет главный врач Юрий Антонинович Погорелов.

Первоначально диспансер располагался на площадях областной консультативной поликлиники и был представлен 4 кабинетами, где вели консультативный прием врачи-кардиологи. В 1986 году в структуре диспансера: поликлиническое отделение на 100 посещений в смену, стационар на 180 коек (3 кардиологических отделения, отделение реанимации и интенсивной терапии), диагностические и вспомогательные подразделения (отделение функциональной диагностики, рентгеновский кабинет, клиничко-биохимическая лаборатория, физиотерапевтическое отделение, зал лечебной физкультуры).

В конце 80-х - начале 90-х годов значительные финансовые средства союзного бюджета привлекаются на развитие медицинской помощи населению, пострадавшему от аварии на Чернобыльской АЭС. Своевременно принято решение о строительстве нового здания кардиодиспансера.

Строительные работы растянулись на десятилетие. В 1996 г. диспансер переехал в новое здание, одновременно продолжалось его строительство. Окончательная сдача объекта произошла в 2006 г.

Наличие достаточной материально-технической базы и молодого энергичного коллектива во многом определило стремительное развитие учреждения. Были организованы стажировки сотрудников в Италии, Франции, Германии, Швейцарии, Литве, России и т.д. Активно идет освоение современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения БСК.

В 1996 году на базе УГОККД развёрнута кафедра внутренних болезней №2 учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», что позволило получить академическую поддержку и практическую помощь в терапии больных.

Оптимизация кардиологической помощи невозможна без хирургии. В 1998 году кардиохирургическое отделение, переведенное из Гомельской областной специализированной больницы, гармонично влилось в структуру диспансера. При непосредственном участии главного кардиохирурга Республики Беларусь Ю.П. Островского 18 мая 1998 года была выполнена первая операция на сердце с использованием искусственного кровообращения. В школе кардиохирургии профессора Ю.П. Островского получили свои теоретическую и практическую подготовку кардиохирурги Гомельской области.

Перевод в 2003 году отделения сосудистой хирургии в состав УГОККД сыграл важную роль в развитии и укреплении сердечно-сосудистой хирургии области. В том же году на базе отделения был развёрнут курс сердечнососудистой хирургии учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет».

С 2003 года главным врачом кардиодиспансера является Анна Люциановна Лопатина. Активно проводится модернизация материально-технической базы диспансера, приобретается новое современное оборудование, большое внимание уделяется

росту профессионализма работников учреждения.

Открытие в 2004 году кабинета ангиографии и рентгенэндоваскулярной хирургии стало важным условием стабильной работы кардиохирургов и позволило развить альтернативное направление – рентгенэндоваскулярную хирургию. Наличие в учреждении 2 ангиографических комплексов позволяет в полном объеме проводить диагностику сердечно-сосудистой патологии с последующим оказанием квалифицированной кардиотерапевтической и кардиохирургической помощи, а также проводить ангиопластику и стентирование коронарных артерий. С июля 2011 года организовано оказание экстренной помощи пациентам с острым коронарным синдромом в круглосуточном режиме с выполнением сложных интервенционных вмешательств. С целью улучшения качества оказания медицинской помощи больным с нарушениями ритма и проводимости, с 2009г. в диспансере функционирует кабинет контроля и перепрограммирования ЭКС.

Высокая потребность в кардиохирургических операциях продиктовала необходимость расширения операционно-реанимационного блока диспансера. В декабре 2010г. завершено строительство нового операционно-реанимационного модуля на 2 операционных и 6 коек послеоперационного наблюдения.

Финансирование объекта велось за счет средств республиканского, областного бюджетов и безвозмездной помощи Китайской Народной Республики.

Новый трехэтажный операционно-реанимационный блок общей площадью 2290,0 квадратных метров оснащен современным медицинским и технологическим оборудованием. Установленные в помещениях операционного блока системы кондиционирования приточно-вытяжного типа, позволяют круглосуточно обеспечивать оптимальные условия микроклимата и воздушной среды для выполнения оперативных вмешательств без риска инфицирования. Операционно-реанимационный модуль оснащен современным медицинским оборудованием высокого класса: системами искусственного кровообращения, наркозно-дыхательными аппаратами, мониторными системами наблюдения за пациентом, аппаратами для искусственной вентиляции легких, стерилизационным оборудованием. Эксплуатация установленного оборудования позволяет оказывать высокотехнологичные виды медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Одновременно создавалась структура этапного оказания реабилитационной помощи. В 2003 году на базе физиотерапевтического отделения диспансера открыто отделение медицинской реабилитации, обеспечивающее стационарный лечебно-реабилитационный период и амбулаторно-поликлинический этап. В 2006 году открыто стационарное отделение ранней медицинской реабилитации после реконструктивных операций на сердце и сосудах на 25 коек.

В 2008 году организована работа кабинета рентгеновской компьютерной томографии, оснащенного многослойным спиральным компьютерным томографом с сосудистой и кардиологической программами.

Благодаря профессионализму коллектива и достаточной материально-технической базе, достигнуты определенные результаты. В настоящее время специалистами диспансера выполняется широкий спектр оперативных вмешательств: аортокоронарное шунтирование, маммарокоронарное шунтирование на работающем сердце и в условиях искусственного кровообращения, коррекция врожденных и приобретенных пороков сердца, имплантация электрокардиостимуляторов (ЭКС), в том числе физиологических, протезирование восходящего отдела аорты, комбинированные и симультантные операции. Ежегодно выполняется около 380 операций на открытом сердце, имплантируется более 400 электрокардиостимуляторов. Кроме того, ежегодно проводится более 1000 коронароангиографий, более чем 380 пациентам выполняются интервенционные вмешательства.

Анализируя этот сложный и одновременно увлекательный путь развития учреждения, можно уверенно сказать, что он пройден с энтузиазмом и невероятной самоотдачей главных врачей и коллектива.

Важным результатом работы коллектива являются его награды:

- Свидетельство о занесении на Доску почета Гомельской области «Победитель в номинации «Лучшие областные учреждения, оказывающие медицинскую помощь населению за 2007 год»»;

- Диплом 1 степени «Победителю в смотре-конкурсе между административными территориями за повышение качества медицинской помощи населению и показатели конечных результатов деятельности организаций здравоохранения Гомельской области» в 2007 году;

- Диплом 3 степени «За вклад в развитие здравоохранения Гомельской области, достижение высоких показателей оказания медицинской помощи среди областных больничных организаций» в 2009 году;

- Диплом 1 степени «За вклад в развитие здравоохранения Гомельской области, достижение высоких показателей оказания медицинской помощи среди областных больничных организаций» в 2010 году;

- Диплом 1 степени «За вклад в развитие здравоохранения Гомельской области, достижение высоких показателей оказания медицинской помощи среди областных больничных организаций» в 2011 году;

- Почетная грамота Совета Министров Республики Беларусь «За высокий уровень оказания медицинской помощи и достижения в научно-исследовательской работе»;

Отличительной чертой истории диспансера является стремление его руководителей и коллектива быть всегда на уровне с современными достижениями медицинской науки и сделать их доступными населению региона.

Несомненно, дальнейшая история диспансера будет продолжением этих замечательных традиций.

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Луцкая И.К., Чухрай И.Г., Кравчук И.В., Марченко Е.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

В системе последипломного образования слушатели курсов не только совершенствуют свои знания, но в ряде случаев переучиваются для работы в современных условиях, поскольку некоторые позиции, взгляды на методы лечения кардинально меняются с появлением новых средств и технологий.

На сегодняшний день в Республике Беларусь работают свыше 5000 стоматологов и зубных врачей. Большинство врачей со стажем свыше 15-20 лет обучались в институтах до введения новой программы, когда не преподавались современные технологии. Нуждаемость врачей в повышении квалификации возрастает, поскольку совершенствование технологий и выпуск на рынок новой стоматологической продукции требуют постоянного внимания и освоения новых методов работы. Активное внедрение эстетической стоматологии в практическое здравоохранение, повышенные требования пациентов к изготавливаемым в полости рта конструкциям требуют решения серьезных задач. В большей части они согласуются с общими проблемами в стоматологии и медицине. В соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ по достижению основных целей улучшения здоровья населения и с учетом передовых современных взглядов на диагностику, лечение, профилактику стоматологических заболеваний сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии БелМАПО разработана типовая программа последипломного обучения, включающая курсы эстетической стоматологии.

Цель обучения на курсах эстетической стоматологии — повышение уровня профессиональной компетентности врача путем овладения современными методами лечения основных заболеваний твердых тканей зубов с применением новых технологий и пломбировочных материалов.

Основные задачи специализации:

1. Углубление знаний по методам индивидуальной, групповой и массовой профилактики основных стоматологических заболеваний.
2. Освоение современных, принятых в мире, методов диагностики и лечения основных нозологических форм стоматологических заболеваний.
3. Эффективное использование современного стоматологического оборудования, материалов, инструментов.

Учебный план и программа курсов включают теоретические и практические разделы, ориентированные на конечный результат «знать—уметь». Объективность оценок определена на основании международных критериев качества оказания стоматологической помощи населению, а в эстетическом разделе — качества реставраций

В соответствии с планом, утвержденным Минздравом РБ, в течение 2010г. на кафедре терапевтической стоматологии БелМАПО было обучено 466 врачей (315 из бюджетных организаций и 151 — из хозрасчетных). В том числе последиplomную подготовку прошли 40 преподавателей, 12 главных врачей и 26 заведующих отделениями. Всего проведено 4 курса по вопросам эстетической стоматологии («Эстетическая стоматология» - 1, «Восстановительная стоматология» - 3) а также на 4-х месячном курсе переподготовки «Терапевтическая стоматология» целый раздел был посвящен этой тематике. Обучено 228 человек (163 из бюджетных организаций и 65 - из хозрасчетных). В первом полугодии 2011г. прошли обучение 441 слушатель (296 из бюджетных организаций и 145 - из хозрасчетных). Проведено 2 курса «Восстановительная стоматология» и 1 курс «Эстетическая стоматология». Обучено 156 человек (113 из бюджетных организаций и 53 - из хозрасчетных). Финансирование осуществлялось за счет бюджета и хозрасчетных видов деятельности. Обучение проводилось на современном оборудовании с использованием эффективных методов и эстетических пломбирочных материалов.

В процессе преподавания курсов «Эстетическая стоматология», «Восстановительная стоматология» большое внимание было уделено таким аспектам, как клиническая анатомия и эстетическая функция зуба, термины и понятия в цветоведении, роль зрительного восприятия в эстетической стоматологии. Важное место отведено изучению теоретических основ определения цвета. Рассмотрены основные типы нарушения цвета зубов и их причины. Широко представлена информация о современных пломбирочных материалах, их физико-механических свойствах, показаниях к применению. Практическая часть курса представлена методиками отработки технологии объемного моделирования, изготовлению эстетических конструкций с применением современных стоматологических материалов. Особое внимание акцентировали на воссоздании индивидуальных особенностей зуба. Отдельный раздел посвящен предупреждению ошибок и осложнений, связанных с погрешностями в воссоздании цвета и формы зуба, в работе с пломбирочными материалами.

По результатам анкетирования слушателей кафедры терапевтической стоматологии БелМАПО, более 86% врачей-стоматологов Республики Беларусь освоили применение композиционных материалов светового отверждения в своей повседневной практике. Однако только 69% опрошенных врачей перед началом работы планировали анатомическую форму будущей реставрации, ориентируясь на симметричный интактный зуб, используя ранее полученные знания из области частной анатомии зубов, а 36% стоматологов не помнили, чем характеризуются отдельные анатомические признаки зубов.

Представляют интерес сведения о количестве случаев совпадения мнения врачей и специально обученных сотрудников кафедры терапевтической стоматологии БелМАПО в вестибулярной поверхности центрального резца верхней челюсти (прямоугольной, квадратной, треугольной, овальной) не вызывало разногласий в 68,3% случаев. Сошлись во мнении относительно степени выраженности признака угла коронки в 75,7% случаев, по поводу признака кривизны коронки — в 47,3% случаев. Тип макрорельефа однозначно оценили в 54,9% случаев. Совпала характеристика десневого контура в 62,4%, а протяженность контакта между правым и левым центральным резцами — в 74,2% случаев.

При опросе врачей-стоматологов установлено также, что 21% из них не задумывались

мывались о цвете своих зубов. При дальнейшем определении оттенков своего центрального резца они смогли сразу указать наличие нескольких цветовых зон коронки зуба. Объективную оценку дали 46% стоматологов. Остальные респонденты неправильно идентифицировали цвет или не смогли выделить всю цветовую гамму зуба. Кроме того, оказалось, что лишь 51% врачей были полностью объективны при идентификации цвета зуба. 32% анкетированных правильно определили цвет экваторной области зуба, 17% опрошенных ошиблись при выборе оттенков зуба.

После обучения правильно определяли цвет, выделив при этом опаловые и эмалевые цвета, 83,4% стоматологов, т.е. на 37,4% больше, чем при первичном анкетировании.

Таким образом, анализ результатов анкетирования слушателей на начальном и завершающем этапах обучения свидетельствует о важности овладения навыками одонтоскопического обследования зубов с целью выявления характерных для каждого конституционального типа геометрических форм зубов и их индивидуальных особенностей. Необходимость определения, описания и последующего воспроизведения в оценке эстетических характеристик геометрической формы ходе эстетической реставрации вышеперечисленных характеристик обусловлена их эстетической и функциональной значимостью. Тренировка навыков по идентификации цвета, соблюдение правил подбора оттенков эмали и дентина способствуют повышению объективизации определения оттенков зуба. Нередкие ошибки стоматолога в выборе оттенков зуба или определении размеров, формы зуба в значительной степени связаны с недостатком знаний в области формообразования и цветовосприятия.

В эстетической стоматологии важная роль принадлежит знанию физиологии зрения, позволяющему выбрать оптимальные условия для работы. Изучение психологии зрительного восприятия раскрывает секреты многочисленных иллюзий, указывая путь теоретического и практического освоения техники эстетических работ. Наконец, оптика раскрывает секреты возникновения и существования света и цвета. Таким образом, повышение качества работы включает еще одну проблему эстетической стоматологии — повышение общеобразовательного и общемедицинского уровня знаний врача-стоматолога в области физики, а также физиологии и психологии зрения.

Важный аспект совершенствования знаний и умений — внедрение научных разработок в практику. В Беларуси в последние годы выполнены научно-исследовательские работы (НИР), а также успешно защищены ряд диссертационных работ, получены патенты на изобретения, Минздравом РБ утверждены инструкции, регламентирующие методики различных этапов работы.

На кафедре терапевтической стоматологии под руководством профессора Луцкой И.К. выполняется большая научно-исследовательская работа. Проблемам эстетической стоматологии посвящены темы ГНТП: «Разработать и внедрить в практику методы шинирования и микропротезирования зубов в комплексной терапии заболеваний периодонта с использованием волоконных шино-адгезивных конструкций в сочетании с хирургическим методом лечения» (2010-2014 гг., № гос. регистрации 20100969), «Разработать состав и процесс получения светоотверждаемого стоматологического импортзамещающего цемента и освоить его производство (2008-2010 гг., № гос. регистрации 20083532), «Разработать и внедрить в практику методы эстетического восстановления твердых тканей постоянных зубов с полостями кариозного и некариозного происхождения» (2011-2013 гг., № гос. регистрации 20111243).

Внедрение результатов НИР в учебный процесс и практическую деятельность врачей-стоматологов позволило ознакомить слушателей с новейшими разработками кафедры и повысить качество эстетических реставраций. За 2010 и 6 месяцев 2011 гг. сотрудниками кафедры издано 6 учебно-методических пособий и 1 монография, опубликовано 47 научных статей, которые посвящены актуальным вопросам эстетической стоматологии. Разработана инструкция «Дифференцированный подход к выбору метода отбеливания зубов», утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь, получено 48 актов внедрения результатов научных исследований в практическое здравоохранение и учебный процесс.

Сложившаяся ситуация диктует необходимость широкого внедрения современных средств и методов информатизации преподавателей и врачей, повышающих ква-

лификацию или проходящих переподготовку. В Белорусской медицинской академии последипломного образования создана система информационно-методического обеспечения всех этапов и звеньев работы с использованием современных средств и способов.

Использование разработанной в БелМАПО схемы информационно-методического обеспечения обучения позволило быстро и эффективно внедрять новые программы обучения. Например, разработке и внедрению «Учебной программы» и «Рабочего плана» нового курса «Основы эстетической стоматологии» предшествовало обсуждение специалистами актуальности проблемы, имеющихся в коллективе наработок, квалифицированных преподавательских кадров. На данном этапе изданы монографии «Эстетическая стоматология», «Основы эстетической стоматологии», «Цветоведение в эстетической стоматологии», «Мастер-класс по эстетической стоматологии», которые активно используются слушателями для подготовки к практическим занятиям и самостоятельного изучения. Определены основные темы, цели, задачи планируемых форм обучения. В соответствии с требованиями организации учебного процесса высшей школы выдержано соотношение учебных часов по лекциям, семинарам, практическим занятиям. Дидактическое обеспечение включает подготовку методических разработок и текстов лекций, учебно-методических пособий для практических занятий. Каждый обучающийся имеет возможность получить полную информацию по содержанию программы обучения. Эффективность достижения цели обеспечивается применением компьютерных программ обучения и контроля знаний, представлением информации в мультимедийном изложении, демонстрацией видеофильмов.

Благодаря использованию возможностей сети «Медлайн», «Интернет» преподаватели располагают сведениями о новейших разработках в области медицины, педагогики и имеют возможность внедрять их на практике. Для распространения информации используются профессиональные журналы, в частности «Современная стоматология», «Стоматологический журнал», «Стоматология», «Стоматолог», «Новое в стоматологии», «ДентАрт», «ДенталЮг», «Клиническая стоматология», «Институт стоматологии».

Максимальное использование передовых технологий в системе последипломного образования станет возможным при наличии современного оборудования и материалов. Расширение платных услуг по обучению врачей позволит улучшить материальную базу кафедр БелМАПО. На наш взгляд, краткосрочная специализация на тематических курсах позволит сэкономить средства направляющих организаций и ускорить решение вышеперечисленных проблем в стоматологии.

Таким образом, использование передовых технологий в системе последипломного образования позволит врачам-стоматологам получить новые знания в области формообразования, цветовосприятия и цветовоспроизведения. Внедрение научных разработок кафедры в учебный процесс и практическое здравоохранение обеспечит существенное повышение качества изготовления эстетических реставраций зубов с дефектами твердых тканей различного происхождения, приблизив их внешний вид к естественным зубам.

ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Луцкая И.К., Запашник П.Е., Кравчук И.В.

ГУО «Белорусская академия последипломного образования»

За первое полугодие 2011 г. в государственные организации здравоохранения к врачам-стоматологам, зубным врачам, фельдшерам было сделано 6,73 млн посещений. Среди наиболее распространенных заболеваний, поражающих человеческую популяцию, ведущее место занимает кариес и болезни периодонта. Доказано, что стоматологическую заболеваемость можно снизить при помощи профилактики и пропаганды

ЗОЖ. За время действия Программы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта среди населения РБ достигнуты значительные позитивные результаты: интенсивность кариеса постоянных зубов (КПУ) у 12-летних детей снизилась до 2,47 и оценивается как низкая, ИГ уменьшился до 1,04, что соответствует удовлетворительной гигиене полости рта.

Во исполнение постановления МЗ РБ от 1 июля 2011 г. № 36 в целях организации эффективного выполнения Концепции реализации государственной политики формирования ЗОЖ населения РБ на период до 2020 гг. и отраслевого плана мероприятий по формированию ЗОЖ населения РБ на период до 2015 г. Комитетом по здравоохранению Мингорисполкома приказом № 479 от 14.07.11г. утвержден план - график мероприятий по формированию ЗОЖ, сохранению и укреплению здоровья населения РБ на 2011 г. Данный документ включает организацию и проведение массовых мероприятий, Единых дней здоровья, организацию работы со СМИ, организацию межведомственного сотрудничества, разработку, издание, переиздание информационно-образовательных материалов, организацию консультативной помощи населению, заслушивание работы по формированию ЗОЖ на производственных совещаниях, коллегиях, медико-санитарных, лечебно-контрольных и санитарно-эпидемиологических советах, меры материального стимулирования работников, ведущих и активно пропагандирующих личным примером ЗОЖ.

Для освещения основных направлений государственной политики в сфере формирования ЗОЖ населения в поликлинике осуществляется размещение и постоянное обновление на стендах информации по различным аспектам охраны здоровья по следующим направлениям: профилактика социально значимых соматических и инфекционных заболеваний (болезни системы кровообращения и органов дыхания, онкологические заболевания, туберкулез, ВИЧ); профилактика зависимостей: табакокурения, алкоголизма, наркомании, токсикомании; профилактика стрессов, депрессий; профилактика гиподинамии, развитие физической культуры, спорта, туризма; профилактика инфекций, передающихся половым путем; здоровое питание.

Согласно приказу МЗ РБ от 15 декабря 2009 г. № 1160 «Об информационной работе с населением», в поликлинике проведены Единые дни здоровья, по тематике, представленной городским центром здоровья: День здорового питания, День профилактики алкоголизма, День профилактики стоматологических заболеваний, антитабачная акция «Беларусь против табака».

Совместно с сотрудниками поликлиники кафедра участвует в Единых днях здоровья. Для каждого мероприятия разрабатывается план, в котором отражены тема и дата проведения лекций и радиолекций для врачей всех подразделений, оформляется информационный стенд для сведения пациентов и сотрудников, создается уголок здоровья с размещением наглядной информации (памятки, плакаты). Так за 2010 г. проведено 214 лекций перед аудиторией (слушатели курсов повышения квалификации, пациенты, обращающиеся в поликлинику), прочитано 315 лекций по радиоузлу поликлиники, проконсультировано 7879 пациентов по подбору средств и методов индивидуальной гигиены полости рта. Были подготовлены памятки на следующие темы: «Зубные нити (флоссы)», «Онкопатология полости рта и табак», «Ирригаторы полости рта», «Форсированное отбеливание зубов». Распечатаны листовки на тему: «Советы тем, кто хочет бросить курить», «Как не перепить самого себя».

С целью совершенствования работы по формированию здорового образа жизни и гигиеническому обучению и воспитанию населения с января 2008 г. в поликлинике функционирует школа здоровья «Здоровая улыбка». Составлены списки пациентов школы здоровья, и с целью продуктивной работы с ними, разделены на четыре группы по 15 человек. Проводятся совместные заседания круглого стола (сотрудники кафедры, слушатели курсов, врачи поликлиники, пациенты) по программе, утвержденной главным врачом поликлиники. Тематика заседаний разнообразна и вызывает живой интерес у слушателей: питание и здоровые зубы, питание и здоровье человека, проблема никотиновой зависимости у подростков и взрослых и пути ее решения, курение и риск онкологических заболеваний, алкоголизм и его влияние на организм человека, стоматологическое здоровье и факторы, на него влияющие, и др.

Следует отметить, что работа с пациентами при заболеваниях пародонта и

слизистой оболочки полости рта имеет ряд особенностей. Одной из них является умение врача достигнуть субъектного типа отношений с собеседником. Субъектный тип отношений - это такая форма взаимодействия медперсонала с пациентом, в которой отражается и учитывается его личностная реальность, т.е. социальный, соматический и психический статус, потребности и интересы, желания и мотивы, настроение и озабоченность здоровьем, а также право получить необходимую помощь, поддержку и информацию (о содержании и этапах лечения, способах поддержания его эффекта, стоматологическом прогнозе и т.п.). В индивидуальной беседе с пациентом стоматологу необходимо обладать достаточным авторитетом. Врачу следует проявлять здоровый оптимизм, честность и правдивость. Слова врача обладают огромным суггестивным (внушающим) влиянием на любого человека, тем более на пациента. Поэтому нужно с достаточной ответственностью относиться к проводимой беседе. Доверительный контакт с первых минут общения, взаимопонимание, бережное отношение врача к пациенту во многом определяют исход беседы. Этому способствует умение задать вопрос и затем выслушать больного, вселить надежду на излечение или улучшение состояния и убедить в необходимости тщательного выполнения всех рекомендаций. Важно, чтобы пациент чувствовал заинтересованность врача в его выздоровлении.

Важной задачей стоматолога при лечении и профилактике является мотивация, обучение и инструктаж по уходу за полостью рта. Необходимо найти в лице больного сознательного и активно помогающего союзника в борьбе против заболевания. Бывает очень сложно подобрать и привести нужные аргументы, способные заинтересовать человека, а не вызвать страх и беспомощность.

Мотивация—это побуждения, вызывающие активность пациента и определяющие его направленность. Основными принципами проведения мотивации являются: научность, правдивость и объективность, дифференцированность и направленность, систематичность и последовательность, комплексность, связь с жизнью общества.

При мотивации необходимо учитывать возраст пациента. В разные возрастные периоды происходит смещение и изменение взглядов на себя и окружающий мир, на отношение к здоровью и болезни. Не существует жестких границ начала и завершения каждой стадии развития человека, это зависит от закономерностей созревания организма и инволюционных процессов в нем. Однако клинический опыт и предварительные исследования показывают, что для пропаганды ЗОЖ целесообразно выделить следующие возрастные группы: молодежь (от 18 до 24 лет), взрослые индивидуумы (от 25 до 34 лет), раннюю зрелость (от 35 до 44 лет) и позднюю зрелость (старше 45 лет).

Определенную окраску в поведение человека вносит его психоэмоциональное состояние. Люди отличаются порогами чувствительности, на которые влияет и самочувствие, и уровень самовнушения, и общая тревожность, и состояние функциональных систем. Существуют разные типы реагирования на болезнь. Нами выделены три группы наиболее типичных форм реагирования применительно к стоматологии: нормальное или адекватное реагирование (соответствует объективной тяжести болезни); пренебрежительное (недооценка тяжести болезни) и тревожное или фобическое (к нему можно отнести следующие типы реакций: астеническую, депрессивную, ипохондрическую, истерическую).

Можно выделить несколько подходов или моделей формирования потребностей в поддержании здоровья, в том числе и стоматологического. Это медицинская модель, которая базируется на информации людей. Иногда ее называют когнитивной, т.е. построенной на знаниях. Она предполагает, что если человек знает о поведении, отрицательно влияющем на здоровье, то он начинает воздерживаться от него. Но на практике этот метод не обеспечивает достаточного эффекта, так как сильно упрощен. Образовательная модель основана на оказании влияния на поведение человека в отношении своего здоровья через переосмысление ценностей, т.е. создании новых перспективных возможностей для своей реализации. Радикально политическая модель действует через законодательные акты, субсидии, программы, которые могут создать среду обитания, способствующую здоровому образу жизни. Модель самоусиления объединяет все ранее перечисленные.

Лекции позволяют охватить большой контингент населения. Количество присут-

ствующих неограниченно и составляет в среднем 30-100 человек. На базе поликлиники проводятся лекции для слушателей курсов повышения квалификации «СПИД. Проявления в полости рта», «Индивидуальная гигиена полости рта: средства и методы», «Профилактика стоматологических заболеваний», для врачей поликлиники - «Предраки ККГ и СОПР», «Современные средства и методы профессиональной гигиены полости рта», «Профилактика стоматологических заболеваний взрослого населения»), а также семинары для врачей («Роль стоматолога в пропаганде ЗОЖ», «Влияние курения на состояние слизистой оболочки полости рта и здоровье человека»).

Семинары предполагают наличие обратной связи при работе со слушателями. Заранее оглашается тематика мероприятия и вопросы, которые будут рассматриваться, что дает возможность подготовиться к воспринимаемой информации. Планируется меньшее количество слушателей, т.к. лицо, проводящее семинар, выслушивает сообщения участников по данной тематике, вносит дополнения, коррективы, т.е. между собеседниками идет обмен информацией. Ведущий обобщает информацию, выступает с заключительным словом. Данная форма работы предусматривает меньшее количество участников (10-15 человек).

Беседы с населением имеют большое значение, т.к. проводится индивидуальная работа с каждым человеком. Группы, созданные для беседы, составляют не более 5-6 пациентов. Беседы «О влиянии никотина на слизистую оболочку полости рта», «Проявления в полости рта социально опасных болезней» заставляют задуматься каждого человека о своем социальном поведении, негативном влиянии вредных привычек на его здоровье вообще и стоматологическое в частности.

Статьи в печатных научных и научно-популярных изданиях также обращают внимание широкой аудитории на актуальные вопросы по пропаганде ЗОЖ. Совместные публикации сотрудников кафедры и поликлиники позволяют объединить научные знания с практическим здравоохранением. Данные, приведенные в таких из них, как «Профилактика предраковых заболеваний СОПР», «Перспективы эстетической стоматологии в Республике Беларусь», «Значение современных средств и методов гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний» не только позволяют мотивировать человека к улучшению стоматологического здоровья и общего состояния его организма, но и лучше адаптироваться в социальной среде, чувствовать себя уверенно.

Таким образом, совершенствование государственных механизмов формирования здорового образа жизни, профилактика рисков развития заболеваний, связанных с поведением и образом жизни, охрана здоровья работающих граждан, образование в сфере формирования культуры здоровья, совместная санитарно-просветительская работа сотрудников кафедры и поликлиники позволяет повысить качество и увеличить продолжительность жизни населения Республики Беларусь.

ИСТОРИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Луцкая И.К., Чухрай И.Г.

ГУО «Белорусская академия последипломного образования»

Во все времена важная роль в профилактике стоматологических заболеваний отводилась гигиене полости рта. История развития и совершенствования средств гигиены насчитывает более 6 000 лет, и некоторые ее достижения используются в современной практике очень широко. Такое понятие как «дурной запах изо рта» (плохое дыхание) существует с древних времен, упоминается в Еврейском Талмуде, а также в произведениях греческих и итальянских писателей. Существуют литературные свидетельства о том, что Мухаммед прогнал прихожанина из мечети по причине запаха чеснока изо рта. В Талмуде для устранения дурного запаха предлагается использовать перечные зернышки. В Библии (Книга Бытия) упоминается labdanum (мастика, или

смола), которая использовалась для освежения дыхания и, возможно, являлась первой жевательной резинкой. Другие народные средства включали петрушку (Италия), гвоздику (Иран), кожуру гуавы (Таиланд), яичную скорлупу (Китай). Современные взгляды на запах изо рта излагаются, начиная с монографии, опубликованной в 1874 Joseph Howe.

Полоскание рта. Первое упоминание о полоскании рта, как общепринятой практике, приписывается китайской медицине приблизительно 2 700 лет до н.э.: с целью лечения болезней десен рекомендовалось полоскать полость рта мочой ребенка. Полоскание рта, как дополнение к механической очистке, было популярно среди высших слоев общества во время Римской империи. Например, Плиний рекомендовал нечетное количество глотков подсоленной воды, а Гиппократ – смесь соли, квасцов и уксуса. Другие старинные рецепты включали смесь меда, растительного масла и пива, а также сочетание укропа, аниса, мирры и чистого белого вина. «Терапевтическое» полоскание было особенно популярно среди европейцев и сохранялось до начала XVIII века, причем моча считалась наиболее эффективным средством, т.к. концентрация соли в ней сравнима с содержанием соли в крови. Полоскание рта как средство гигиены упоминается в религиозных источниках. Талмуд содержит указания по полосканию рта между приемами пищи с целью удаления её остатков, что предотвращает смешивание мясных и молочных продуктов и соответствует каширным диетическим нормам.

Первая печатная работа, посвященная исключительно дентальной терапии «Jene Artsney» (Зубные медикаменты), была опубликована в Германии в 1530 году и содержала раздел «Как сохранить зубы». Рекомендации включали полоскание рта жареными квасцами с уксусом и миррой, закипаченных в вине. Заключительное предложение звучало следующим образом: «Всегда после еды полощите рот вином или пивом для того, чтобы вымыть все, что могло пристать к зубам, способствовать их разрушению и создавать неприятный запах». В поддержку своей химико-паразитарной теории разрушения зубов W.P.Miller указал, что вокруг каждого зуба имеются места, которые будут оставаться незатронутыми даже под воздействием самого мощного антисептика, или же антисептик достигнет их в таком разведении, что будет обладать малой активностью или ее отсутствием совсем. Он сделал вывод, что приготовление зубного эликсира, который бы обладал антисептическим действием достаточно сложно. Listerine – продукт более, чем 115-летней давности, остается популярным зубным эликсиром до настоящего времени. Оригинальный Listerine – жидкость янтарного цвета (смесь масел тимола, ментола, эвкалипта и метилсалицилата) разработали Joseph Lawreme & Jordan Wheat Lambert. Они назвали свой состав именем английского врача сэра Joseph Lister, который выполнил первую антисептическую операцию. В 1884г. Lambert создал компанию по производству и продаже Listerine для нужд медиков. К 1914 году формула Listerine была настолько популярна и эффективна, что он стал одним из первых прописываемых препаратов, который продавался официально.

Зубные порошки (пасты). Египетское медицинское пособие «Ebers Papyrus», написанное 1 500 лет до н.э. и составленное из трудов, датированных 4 000 г. до н.э., содержит рецепты по составлению средств для очищения зубов. Большинство первых средств гигиены предназначалось для того, чтобы снять зубную боль и (или) предотвратить развитие кариеса. Китайцы описали порошок, который использовался для предупреждения кариеса и также для отбеливания зубов. Основными компонентами были соль и мускус, чтобы усилить эффект к смеси добавлялся аммиак. Гиппократ рекомендовал приготавливать зубной порошок путем смешивания золы после сжигания одного зайца и трех мышей, предварительно удалив из них кишечники с сохранением печени и почек. Использование различных органов зайца и других грызунов в медицинских целях достаточно характерно для античной литературы. Наши предки верили, что животные, у которых были крепкие и постоянно растущие зубы, содержали вещество, которое передавало это свойство и человеку. Рога оленя-самца также наделялись подобными качествами. Celsus с целью удаления темных пятен советовал натирать зубы смесью измельченных листьев розы, чернильных орешков и мирры. Мирра, вероятнее всего, действовала как растворитель, а измельченные чернильные орешки как абразивное средство. Римляне также описали применение соли для чистки зубов. В 47 г. Scribomus Largus описал зубное чистящее средство, приготовленное из ячмен-

ной муки, смешанной с уксусом и медом до состояния пасты. Масса формировалась в шарики, каждый из которых смешивался с солью, сдабривался нардом. Авиценна, живший в Персии с 980 по 1037 годы, был одним из первых экспертов по оценке зубных порошков. Он советовал своим пациентам не пользоваться жесткими порошками, т.к. они могут поранить субстанцию зубов. Он также отметил значение средств по удалению зубного камня и предложил для этого использовать жженный гипс. Данная рекомендация имеет сходство с использованием пирофосфата в XX столетии. Во втором веке нашей эры оратор и мыслитель Апулей дает рецепт зубного порошка и рассуждает о пользе гигиены полости рта: «... Из аравийских он плодов, он тонок, превосходен, белизну дает, десна распухнет – мигом ее вылечити так все крошки подметет вчерашние, что если смех случайный зубы обнажит, никто на них не разглядит ни пятнышка». В XII веке Al-Bayun опубликовал трактат «Больничный справочник». Одна из его глав посвящена средствам для рта и шелковым нитям для чистки зубов. Два зубных порошка были рекомендованы для полировки зубов, укрепления десен, освежения дыхания. В большинстве случаев рот рекомендовалось полоскать уксусом и розовой водой после использования любого из зубных порошков. В XVII веке в Англии самые распространенные пасты содержали измельченный фарфор или глиняную посуду, порошкообразный коралл, пемзу, крабовый панцирь. Зубной порошок, наиболее приближенный к современному, впервые появился в конце XVIII века в Великобритании. Обеспеченные люди использовали для его нанесения специальную щетку, бедняки же делали это при помощи пальцев. Однако, они часто содержали чрезмерно абразивные вещества, которые могли нанести вред зубам: кирпичную пыль, размельченный фарфор и глиняные осколки. Чтобы сделать эти средства более приятными на вкус, в зубные порошки стали добавлять глицерин. Позднее рецепт порошков был изменен – они стали состояться из элементов типа угольного порошка, измельченной коры и ароматизаторов, например экстракта клубники.

В 1824 году в обиход было введено так называемое зубное мыло. Оно состояло из мела, нейтрального мыла и мятного масла и было довольно удобно в применении. В 1850-е годы Джон Харрис предложил использовать для изготовления зубных порошков мел. Чтобы придать порошкам приятный вкус, аптекари добавляли измельченные лекарственные травы, плоды или цветы (шалфей, фиалку, корицу и др.). Позднее их заменили эфирными маслами.

В курсе дентиатрии, изданном Варшавской зубоврачебной школой в 1903 году по лекциям доктора Б.Дзержавского, упоминалось о том, что «ради усиления и пополнения действия щёток и воды употребляются так же зубные порошки, пасты и эликсиры. В настоящее время употребляется часто растительный уголь – липовый или из черного хлеба. Порошки такие, однако, для ежедневного употребления нехороши, потому что слишком жестки. Главную составную часть большинства порошков составляет углекислая известь, к которой ради усиления противокислотного действия прибавляют соду (*natrum bicarbonicum*) или углекислую магнезию (*magnesia bicarbonica*), для запаха и вкуса – фиалковый корень (*radix iridis florentinae*) или какое-нибудь эфирное масло, для окраски – кармин. Из препаратов углекислой извести употребляются: *Creta alba pulverata* – порошок из мыла, *Corrallia alba etrubra praeparata* – порошок из кораллов. Лучше всего осажденная углекислая известь (*calcaria carbonica praecipitatae*), потому что она представляет порошок самый нежный (предыдущие препараты более жесткие).

К зубным порошкам прибавляют тоже мыло (натровое в порошке), порошок коры хинной – ради укрепляющего десны действия. Пример: *Rp. Cretae albae praeparatae 30; Magnesia carbonicae, Saponis medicati aa 6,0; Olei Mentahe guttas X. M.DS.* Зубной порошок.

Многие зубные порошки изготавливались *extempore* обычно помощниками врача, а также мануфактурами и аптеками. Казанской аптекой (от имени Казанского кафедрального собора) на Невском, 25 производился и продавался «Зубной порошок доктора Мурфи» (*Poudre dentifrice de D-r.Mourphy*). Эта аптека была поставщиком Двора Его Императорского Величества, о чем свидетельствует Российский герб на коробке. Для разработки дизайна упаковки в тот период аптеки привлекали именитых художников. Поэтому орнаменты этих упаковок напоминают настенные росписи, резьбу, а

также фрески и мозаичные панно таких храмов, как храм Спаса на Крови, Исаакиевский собор. Поскольку в Западной Европе был накоплен большой опыт применения соединений хлора в производстве профилактических гигиенических средств (более 100 лет назад в Дрездене Карл Август Лингрен открыл и синтезировал ряд соединений на основе хлора для стоматологии), в этот период активно производились лечебно-профилактические зубные порошки. Например, немецкая дрезденская лаборатория «Лео» имела отделение в Москве и выпускала порошок «Хлородонт» (Chlorodont) с характерным для Европы описанием на двух языках профилактического и дезодорирующего действия на упаковке.

Средства профессиональной гигиены. Термин «зубной камень» был введен в XVI веке Парацельсом. Он относил все твердые образования у людей к камням. Парацельс связывал образование камней на зубах, в мочевом и желчном пузырях с поступлением в организм солей виннокислого калия, образующихся на дне бутылок с вином. Великий хирург XVI века Амбруаз Паре рекомендовал тщательную гигиену полости рта: удалять с зубов всякие остатки пищи сразу после еды; необходимо удалять зубной камень, так как он действует на зубы, как ржавчина на железо; после удаления камней с зубов рот надо прополоскать спиртом или слабым раствором азотной кислоты. Для отбеливания зубов использовались чаще всего слабые растворы азотной кислоты. Рекомендации по удалению зубных отложений перед определением цвета зуба при протезировании и для лечения десны встречаются еще в учебниках XIX века по зубным болезням. Миллер В.Д. в своем учебнике, вышедшем в свет в 1898 году, описывает 3 основных инструмента для удаления зубных отложений: экскаватор, большой треугольный инструмент и инструмент с одним заостренным и другим закругленным концами. Эти инструменты предназначены для удаления наддесневого зубного камня, а для удаления поддесневого Миллер рекомендует инструмент с тонким с острыми гранями изготавливать самому. В России специальный инструментарий для удаления зубных отложений существовал еще в начале XX века. Это были острые лопатки (прямые и полуизогнутые), серповидные и треугольной формы с заостренными ребрами. Кроме того, зубные отложения рекомендовали снимать острыми экскаваторами. Различали крючкообразный, лопатообразный и серповидный инструменты для удаления зубных отложений.

К началу XX века были сформированы основные направления профилактики болезней зубов и десен.

МЕСТО УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КАФЕДРЫ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Любинец О.В., Фуртак И.И., Ходор О.Е., Паробецкая И.М.

*Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого,
Украина*

После всенародного обсуждения и одобрения документа «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года», была определена необходимость: «Проводить линию на постепенный переход к оказанию медицинской помощи по принципу «семейного врача». В связи с этим было намечено: «Изменить систему подготовки врачей, ориентируясь на подготовку врача общей практики. Периодически пересматривать квалификационные характеристики, учебные планы, содержание преподавания общетеоретических, медико-биологических, клинических и гигиенических дисциплин, организацию производственной практики, систему контроля знаний, максимально приблизив обучение к потребностям практического здравоохранения.»

С целью обеспечения научного сопровождения и надлежащего управле-

ния этими процессами, а также соответствующей подготовки и повышения квалификации руководителей учреждений здравоохранения на факультете усовершенствования врачей и провизоров, сегодня факультет последипломного образования Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого было создано кафедру организации и управления здравоохранением. Она официально начала свою деятельность с января 1988 года, а до этого в 1978 году при кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения, которой руководил профессор Шапиро И.Я., было организовано постоянно-действующий доцентский курс, который считается первичным заделом создания кафедры организации и управления здравоохранением.

Инициаторами создания курса, а затем и кафедры были профессор Шапиро И.Я. и доцент Базилевич Я.П.. Последний возглавлял созданную кафедру в 1988-2000 годах. Устная история позволяет узнать о том, что в результате договоренностей руководства Львовской области с высшим руководством СССР было решено провести во Львове эксперимент по внедрению «институции семейного врача» в действующую систему здравоохранения, инициатором которого выступил Ярослав Петрович Базилевич.

В 2000 году кафедру возглавил доцент, кандидат медицинских наук, впоследствии доктор медицинских наук, профессор Хобзей Николай Кузьмич, а с 2002 года и по настоящее время кафедру возглавляет доктор медицинских наук Любинец Олег Владимирович.

За годы деятельности кафедры выполнены научно-исследовательские работы, касавшиеся управления первичной медико-санитарной помощью, организацией работы дневных и домашних стационаров, семейной медицины – общей врачебной практики. Кафедра первой в Украине начала заниматься направлением общеврачебной практики – семейной медицины. Сотрудники кафедры разработали проекты пакетов документов нормативно-правовой базы внедрения семейной медицины в Украине, а также осуществляли научное сопровождение эксперимента «Семейный врач» во Львове и других регионах. Сотрудники кафедры принимали участие в разработке Закона Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении», в основе которого - львовский проект.

В 90-е годы по инициативе заведующего кафедрой доцента Базилевича Я.П. совместно с доцентом Терешкевич Г.Т. (с.Диогеной) было осуществлено комплекс мероприятий относительно внедрения в медицинское образование и практику здравоохранения Украины преподавания дисциплины и использования принципов биомедицинской этики. Впоследствии по инициативе сотрудников кафедры был создан институт биоэтики имени Я.Базилевича.

В 2004 году доцентами Любинцом О.В. и Сенютой И.Я. впервые в Украине была подготовлена, утвержденная 27 сентября 2004 года Министерством здравоохранения Украины, программа «Медицинское право» для факультетов последипломного образования высших медицинских учебных учреждений и учреждений последипломного образования Минздрава Украины.

За время деятельности кафедры ее сотрудниками опубликовано свыше тысячи научных трудов, выпущено 16 монографий и 9 учебных пособий, а также 28 информационных письма, методических рекомендаций и рабочих программ, утвержденных Минздравом Украины.

Сотрудники кафедры привлекаются к участию в работе Согласительного совета по вопросам здравоохранения Комитета по вопросам здравоохранения Верховной Рады Украины, междисциплинарной рабочей группы Минздрава Украины по внедрению медико-экономических стандартов в управление здравоохранением и их мониторинга, рабочей группы Минздрава Украины по минимизации

зации последствий экономического кризиса для системы здравоохранения, Координационного совета по вопросам развития семейной медицины Львовской облгосадминистрации, аттестационной комиссии по аттестации организаторов здравоохранения Главного управления здравоохранения Львовской облгосадминистрации и Санэпидслужбы во Львовской области.

Андрагогический и педагогический процессы на кафедре сосредоточены на вопросах управленческого обеспечения процессов функционирования и совершенствования деятельности действующей системы здравоохранения, а также наиболее актуальных вопросах текущего управления лечебно-профилактическими учреждениями и организации лечебно-диагностического процесса в современных условиях в Украине и за рубежом. Особенно тщательно изучается и освещается тематика использования современных методов организации, управления, планирования, прогнозирования, экономики и контроллинга в деятельности медучреждений на современном этапе становления рыночных отношений в здравоохранении Украины.

Для проведения практических и семинарских занятий базами кафедры служат Главное управление здравоохранения Львовской областной государственной администрации, Управление санитарно-эпидемической службы во Львовской области, Военный госпиталь Западного оперативного командования Вооруженных сил Украины, Клиническая больница Львовской железной дороги, Львовский областной информационно-аналитический центр, Львовский областной центр здоровья, Львовский областной эндокринологический диспансер, Львовский государственный онкологический региональный лечебно-диагностический центр, Львовская 1-я коммунальная клиническая больница имени князя Лева, 6-я и 8-я больницы, а также 5-я коммунальная клиническая поликлиника г.Львова, Львовская городская больница «Хоспис», Львовская областная научно-медицинская библиотека, Львовская городская дезинфекционная станция, Николаевская районная санитарно-эпидемиологическая станция, Золочевская центральная районная больница, районная больница п.г.т. Олесько, амбулатории семейной медицины с.Зиболки, с.Холодновидка и др.

Кафедрой разработано и внедрено в практику деятельности медучреждений практической системы здравоохранения новые организационные формы медицинского обеспечения населения: дневные стационары поликлиник и отделения больниц с дневным пребыванием больных, диагностические отделения (микродиагностические центры) центральных районных и городских больниц, медико-санитарное обеспечение населения на принципах семейной медицины, использование научно подтвержденных достижений народной и нетрадиционной медицины в лечебно-профилактических учреждениях.

С целью оптимизации деятельности медицинских учреждений на местах и минимизации материальных затрат кафедрой в 2007-2012 г.г. широко использована выездная форма цикловых занятий, которые проводились в городах Львовской области, а также г.Луцк, г.Ковель, г.Ужгород, г.Мукачево, г.Ивано-Франковск, г.Ривне, г.Новоград-Волинск, г.Саки, г.Симферополь, г.Херсон и др.

По инициативе и при непосредственном участии сотрудников кафедры было организовано и проведено свыше 200 научно-практических конференций, более 1 000 семинаров, диспутов, круглых столов и проблемных дискуссий по актуальным вопросам управления здравоохранением, как правило, в сотрудничестве и совместно с областными и городскими управлениями здравоохранения, Львовским региональным институтом государственного управления Национальной академии государственного управления при Президенте Украины, областными, районными, городскими коммунальными, государственными, ведомственными, частными и другими учреждениями Львовской, Волынской, Рив-

ненской, Закарпатской, Ивано-Франковской, Черновицкой, Житомирской, Полтавской, Николаевской, Херсонской областей и Автономной Республики Крым.

В 2003, 2008 годах кафедрой проведены 2 научно-практические интернет-конференции с международным участием. При непосредственном участии и по инициативе сотрудников кафедры в 2007-2012 г.г. проведено шесть Всеукраинских (пять международных) научно-практических конференций «Медицинское право Украины» по актуальным вопросам совершенствования медицинского законодательства в Украине и других странах, в которых приняли участие ученые-правоведы, организаторы здравоохранения, руководители и сотрудники медучреждений из более, чем 20 стран.

Сотрудниками кафедры осуществлено научное сопровождение организационных экспериментов по внедрению инноваций в систему управления действующей сети лечебно-профилактических учреждений во Львовской, Волынской, Полтавской, Николаевской, Херсонской областях и автономной республике Крым.

Коллектив кафедры совместно с учреждениями здравоохранения и другими кафедрами постоянно работает над перспективными направлениями совершенствования медико-санитарного и медико-социального обеспечения населения. Сотрудники кафедры принимали участие в международных научно-практических форумах Польши (Варшава, Люблин, Жешув, Вроцлав, Еленя Гура, Седлец), Венгрии (Будапешт, Дебрецен), Румынии (Сучава), РФ (Москва), Словакии (Высокие Татры, Ружемберок), Чехии (Йеглава). Поддерживаются научные связи с учеными Польши, Великобритании, США, Канады, Чехии, Словакии, Российской Федерации, Республики Беларусь.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ХОЛЕРОЙ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ ЭПИДЕМИИ В ОРЕНБУРГСКОМ КРАЕ (1829-1830 гг.)

Ляшенко И. Э.

Оренбургская государственная медицинская академия (Россия)

Первая эпидемия холеры в Оренбургском крае совпала со второй в мире пандемией этого заболевания. Холера, известная еще с древних времен, характеризовалась достаточно стабильной локализацией на азиатском континенте, в частности, на его индо-пакистанском участке. Однако, начиная с 1817 года произошла миграция болезни, которая проходила вдоль торговых путей, в основном в Западном направлении. 1826 год считается началом второй пандемии холеры [1]. В 1827 году холера появилась в Афганистане, оттуда караванными путями достигла Бухары и Хивы, распространилась на север и северо-запад, в 1829 году появилась в Оренбурге, о чем 8 октября 1829 года штаб-лекарь Смирнов уведомил Медицинский Совет в Санкт-Петербурге [3].

Сведения о странных заболеваниях, сопровождающихся рвотой, поносом и часто приводящих к летальному исходу, поступали в Оренбург из Азии, Индии, Афганистана. Однако, врачи Оренбурга до осени 1829 года с этой болезнью не встречались. Именно поэтому деятельность врачей, работавших во время первой эпидемии холеры в Оренбургском крае, представляет не только историческую ценность, но и является свидетельством уникального опыта отечественной медицины в борьбе с холерой в тот период, когда отсутствовали ясные представления о возбудителе заболевания, источниках и путях распространения холеры, не были сформулированы адекватные принципы и методы лечения и профилактики болезни.

В борьбе с эпидемией в Оренбуржье исключительно большая роль принадлежала врачам как гражданским, так и военным. Врачи самоотверженно работали круг-

лыми сутками. Многие из них, в том числе уездный лекарь Онуфриев, переболели холерой, а врач госпиталя Гаврилов, штаб-лекарь Бобров и лекарь Утробин погибли, помогая больным.

Сведения о проводимом лечении холеры содержатся в рапортах, записках, представлениях штаб-лекаря Смирнова, корпусного доктора Пятницкого, уездного лекаря Онуфриева, штаб-лекарей Глассона, Шумова и других врачей [4], а также в одной из первых монографий по холере доктора К. В. Пупырева [2]. Именно эти материалы явились источником для анализа медикаментозной помощи больным в период первой эпидемии холеры в Оренбургском крае.

Дискутируя вопросы заразительности холеры, возможных путей ее передачи, особенностей патогенеза заболевания, вариантов клинического течения, врачи проводили лечебные мероприятия, ориентируясь на этапы процесса, характер и интенсивность проявления отдельных симптомов, состояние больного.

Подробная характеристика клинических стадий течения холеры позволяла врачам не только дифференцировать это заболевание от иных со схожей симптоматикой, но и четко проводить соответствующую терапию. Конечно, с позиций медицины XXI века, лечение, осуществляемое врачами Оренбурга почти 2 века тому назад, не может быть рекомендовано на современном этапе, но анализ проводимых лечебных мероприятий, несомненно, имеет большой познавательный интерес.

Придерживаясь различных точек зрения на вопрос о заразительности холеры (кстати, Оренбургские врачи Пятницкий, Онуфриев, Пупырев утверждали возможность передачи болезни от человека к человеку) врачи тем не менее с целью предупреждения болезни рекомендовали не выходить из дома с «пустым желудком», выпивать дегтярную воду, утром и вечером рюмку горькой настойки, смешанной с мятными каплями. Рекомендовалось пить ароматическую, подсоленную микстуру или зельтерскую воду с вином, строго соблюдать чистоту одежды и тела, особенно поощрялось «умение сохранить сколько возможно бодрость духа и бесстрашие среди уныния и беспокойства»[2].

В первом периоде болезни, когда симптомы начинали проявляться, как правило, делалось кровопускание. Назначали камфару, опий, настойку ревеня, сладкую ртуть с сахаром.

С успехом применяли разрешающие и слабительные средства в сложных случаях. При этом были предусмотрены рецепты для обеспеченных людей, включающие ингредиенты, улучшающие вкусовые качества лекарства, и рецепты для бедных, в которых отсутствовала ароматическая вода, как корректирующая субстанция.

Во втором периоде болезни, когда все симптомы были четко выражены, также использовали кровопускание, сладкую ртуть, мятную воду, шафрановую настойку, сецитреный спирт. В обязательном порядке назначался опий или вытяжка из белены.

Применялось своеобразное наружное лечение: до или после кровопускания, при усилении судорог и холода в конечностях, все тело, особенно область предсердия, живота, рук и ног растирали нагретыми суконками или фланелью, накладывали теплые или горячие компрессы, смоченные спиртом, камфарой, нашатырем или маслом мяты перечной. Считалось, что потогонные средства и раздражающие кожу процедуры были весьма эффективны.

В третьем периоде – состоянии реконвалесценции, когда у больного оставалась слабость, для «укрепления тела» и «возбуждения сил» употреблялись легкие настойки трав, «яства питательные», легко усвояемые, была рекомендована добротная сытная пища.

Сведения врачей в период первой эпидемии холеры в Оренбургском крае имеют большую ценность не только как первый опыт лечения больных и предохранения от заболевания здоровых, но и являют образец высоких морально-этических качеств врача.

Деятельность оренбургских врачей была высоко оценена правительством и местным населением. Медицинским Советом Санкт-Петербурга [3] было отмечено, что «врачи, занимавшиеся в Оренбургском крае лечением холеры, оказали отличное в сем деле усердие. Они исправляли обязанность свою, не щадя собственного своего здоровья. Многие из них сами перенесли сию болезнь, а некоторые пали жертвою оной».

Литература

1. Васильев, К. Г. История эпидемий в России: (материалы и очерки) / К. Г. Васильев, А. Е. Сегал; под ред. А. Н. Метелкина – М. : Медгиз, 1960. – 100 с.
2. Пупырев, К. В. Описание хода повальной болезни, называемой холерой, открывшейся с 1829 года с наступлением осени в г. Оренбурге и Оренбургском уезде, с изложением способа лечения, составленное врачом первого отделения Пупыревым К. В. – Казань: Б. и., Б. г. – 26 с.
3. Собрание актов и наблюдений, относящихся к холере, бывшей в конце 1829 года и в начале 1830 годов в Оренбургской губернии, изданное медицинским Советом 1830. - СПб., 1836. – 300 с.
4. Труды Оренбургской Ученой Архивной Комиссии – Оренбург, 1903. – Т. XI, вып. XI. – 200 с.

К ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КОСТНО- СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Марутко С.В., Морозкина Н.С.

УЗ «1-й городской противотуберкулезный диспансер г. Минска»

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В 2011 году исполнилось 90 лет со дня создания в нашей стране службы противотуберкулезной помощи больным костно-суставным туберкулезом.

Исторические документы свидетельствуют о том, что туберкулез был широко распространен и им страдали уже древние люди в каменном веке. Об этом свидетельствует находка исследователя Бартельса (Bartels), который в 1904 году при изучении скелета гейдельбергского человека, жившего за 5000 лет до н. э., нашел туберкулезное поражение нескольких грудных позвонков с образованием горба. Такие же изменения позвоночника, а также крупных суставов с характерными признаками обнаруживали в мумиях жрецов Египта, живших за 2500-1000 лет до нашей эры. В средние века проявления туберкулеза, в том числе костного, обнаруживались при патологоанатомических вскрытиях, которые стали практиковать ещё в XIII веке. В древней Руси были широко распространены различные формы туберкулеза, например, известно, что в XI веке великий князь Святослав Ярославович лечил прижиганиями «золотуху» (сочетанную свищевую форму туберкулеза периферических лимфатических узлов и кожи). С XIV века в русских исторических материалах имеются упоминания о «горбовой болезни» (туберкулез позвоночника с образованием гребня), «немочи в вертлюге» (поражение тазобедренного сустава), «волосатике» (свищевые формы костно-суставного туберкулеза).

Попытки лечения костного туберкулеза хирургическими методами стали предпринимать ещё в XVIII и начале XIX столетий. Так, в 1837 году П.В. Дубовицкий успешно резецировал шейку и головку плечевой кости у 11-летнего ребенка, страдавшего костеядой плечевого сустава. Основную часть операций составляли калечащие ампутации и экзартикуляции конечностей, поскольку костный туберкулез имел хроническое течение с разрушением суставов и образованием свищей, и в запущенных случаях такие операции были единственным способом спасения жизни больного. С введением лигатурного антисептического метода лечения ран распространение получили «сберегательные» (по терминологии Н.И. Пирогова) резекции с сохранением конечности. Особый интерес представляют клинические наблюдения и результаты секционных исследований Н.И. Пирогова, который изучал течение туберкулеза костей, и по сей день современные клиницисты при описании туберкулезного гонита используют пироговский термин «белая опухоль». Вопросы радикального лечения костно-суставного туберкулеза обсуждались на съездах хирургов, находили отражение в монографиях и многочисленных печатных публикациях Н.Д. Монастырского, Г.Ф. Тифлинга, П.И. Тихова,

И.Н. Деревянко, Ollier, Volkmann, Koenig и др. В 1885 г. на русский язык была переведена монография Ф. Кенига «Бугорчатка костей и суставов» с описанием операций экономного типа при «гнездных поражениях костей», которые обрабатывались и осуществлялись на коленном суставе, а затем были распространены на тазобедренный и другие суставы, одновременно были предложены оригинальные методики артэктомии. Предпринимались попытки радикально-хирургического лечения туберкулеза позвоночника, особенно при параличах и натечных абсцессах с непосредственным доступом к телам пораженных позвонков, также получили распространение декомпрессирующие операции – ламинэктомии. Однако высокая частота послеоперационных осложнений и неудовлетворительные анатомо-функциональные исходы вынудили хирургов оставить такие операции, как не оправдавшие себя. Спад хирургической активности был также связан с развитием нового для того времени вида лечения – санаторно-ортопедического. Этот метод консервативного лечения в конце XIX и начале XX века получил обоснование благодаря трудам и усилиям А.А. Боброва и Н.А. Вельяминова. В 1900г. по инициативе Н.А. Вельяминова был открыт санаторий в Виндаве (западное побережье Балтийского моря) для лечения больных костно-суставным туберкулезом, а в 1902г. на средства А.А. Боброва - приморский санаторий такого же профиля в Алушке для детей.

В начале прошлого века туберкулез был широко распространен во всех странах Европы, носил характер эпидемии и был причиной смерти каждого четвертого европейца (в России – каждого третьего). Туберкулез считался наследственной болезнью, противотуберкулезных лекарств не было и планомерных попыток борьбы с заболеванием не предпринималось. Широко был распространен костно-суставной туберкулез, особенно у детей: (позвоночника с образованием гифус III-IV степени, крупных суставов с укорочением конечности), периферических лимфатических узлов и кожи (золотуха). Известно, что сын императора Александра II, наследник престола Николай, умер от туберкулезного спондилита и престол наследовал его младший брат, который стал императором Николаем II. Многие знаменитые люди болели костно-суставным туберкулезом, например поэтесса Леся Украинка, писатель Александр Беляев, художник Илья Бокштейн, генерал Нестор Махно.

В 20–30-х годах прошлого столетия в России получило развитие особое направление консервативного метода лечения туберкулеза костей – климатотерапия с использованием местных целебных факторов, что способствовало появлению целой сети специализированных санаторных костно-туберкулезных учреждений, сроки пребывания в которых достигали трех лет. Основателем этого метода был выдающийся клиницист, автор подробного трехтомного руководства «Костно-суставной туберкулез у детей» Т.П. Краснобаев, который впоследствии изучил не только ближайшие, но и отдаленные результаты санаторно-ортопедического лечения и разработал клинические показания к его применению. Дорогостоящий санаторный метод лечения полностью оправдал себя, поскольку резко снизилась смертность и осложнения при туберкулезе костей, особенно у детей, и чаще стало наблюдаться благоприятное течение болезни. В то же время разрабатывались и совершенствовались методы радикального оперативного лечения (операции завершающего, предупредительного и восстановительного типов) в сочетании с разного рода вспомогательными пособиями, применяемые на фоне санаторно-ортопедического лечения. Это способствовало не только дальнейшему снижению смертности, но и повышению числа излеченных больных с хорошим функциональным исходом. Основную организационно-методическую роль осуществлял знаменитый Ленинградский институт хирургического туберкулеза (ЛИХТ РСФСР) под руководством академика П.Г. Корнева. Обобщен этот опыт был в его трех монографиях (1951, 1957, 1964 гг.), в которых излагались общие вопросы патологии, диагностики, клиники, терапии костно-суставного туберкулеза, в том числе обосновывались оригинальные патогенетические подходы к комплексной системе лечения, включающей радикально-хирургические методы с детальным описанием показаний и техники различных операций.

На территории Белоруссии помощь больным костным туберкулезом получила развитие с открытием в 1921 году противотуберкулезного диспансера в Витебске, в котором начал работать кабинет костно-суставного туберкулеза, и в 1924 г. – первого

детского костно-туберкулезного санатория «Черницы» на 235 коек. До Великой Отечественной войны выявлением и лечением больных взрослых и детей занимались общие хирурги, как амбулаторно (в костно-туберкулезных кабинетах городских противотуберкулезных диспансеров), так и стационарно (в специализированных санаториях, где проводилось и оперативное лечение). После войны разрушенную сеть противотуберкулезных учреждений постепенно восстановили и заново открыли кабинеты костно-суставного туберкулеза, которых к 1969 г. насчитывалось уже 62 (в 1945 – их было только три). В кабинетах проводилась основная работа по выявлению и учету больных костным туберкулезом, особенно много среди них было детей. Так, к 1950 году в республике было выявлено и взято на диспансерный учет 1490 больных с активным костно-суставным туберкулезом, из них 72% составляли дети, заболеваемость составила 30,5 на 100 тыс. населения (рис.1). Для лечения такого значительного количества больных в послевоенные годы открывались многочисленные санатории и отделения для детей и взрослых: детский костно-туберкулезный санаторий №1 под Могилевом (1945 г., 125 коек, с 1949 г. – «Чечевицы»), «Речица» в Гомельской области (1948 г., 200 коек), «Вязье» в Осиповичском районе (1952 г., 50 коек), при Климовичской районной больнице (1952 г., 40 коек), «Краски» в Гродненской области (100 коек), «Ново-Белица» в Гомеле (1950 г., 100 коек), «Ляхва» в Лунинском районе (1954 г., 100 коек), «Домачево» в Брестской области (1954 г., 50 коек), «Бигосово» в Витебской области (1955 г., 50 коек), в Лепеле (1955 г., 100 коек), при городской больнице в Жлобине (1958 г., 100 коек), в г. Мозыре (1962 г., 60 коек), при Ореховском противотуберкулезном диспансере в Витебской области (40 коек), «Тресковщина» (100 коек) и «Ивенец» (150 коек) в Минской области, «Зеленый бор» в Борисовском районе и в больнице г. Борисова (40 и 25 коек). Кроме того, в городских больницах выделялись по 5-10 коек для больных костно-суставным туберкулезом. К 1965 г. в республике функционировало 1677 профильных коек, из них 1250 санаторных (815 детских) и 427 стационарных, которые использовались для лечения выявленных больных за послевоенные годы, хотя заболеваемость уже значительно снизилась и составила 5,5 (см. рис. 1).



Рис. 1 – Динамика заболеваемости костно-суставным туберкулезом (1950-2012 гг.)

В конце прошлого столетия показатель заболеваемости стабилизировался и составляет 1,5-1,9 на 100 тыс. населения, в связи с чем число коек значительно уменьшилось, и в настоящее время в отделениях внегочного туберкулеза областных противотуберкулезных диспансеров выделено по 10-15 коек для консервативного лечения костного процесса. Диагностика, дифференциальная диагностика туберкулеза костей и комплексное лечение больных (включая хирургическое) проводится в г. Минске в отделении костно-суставного туберкулеза 1-го противотуберкулезного диспансера (55 коек), которое имеет все необходимые современные возможности для эффективной работы.

ЗНАМЕНИТЫЕ ВРАЧИ В ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ 17-19 века

Матвейчик Т.В., Иванова В.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

«Прошлое – это часть настоящего и дорога в будущее», – считает историк медицины Б. А. Нахапетов. В разделе истории, посвященном знаменитым врачам в истории военной медицины 17-19 века, как в капле воды, отражается поступательный процесс оказания медицинской помощи за последние 3 столетия.

За 300 лет существования института придворного врача в императорской России удалось установить, кто мог претендовать на подобное место и каковы типичные черты индивидуальных потребностей и мотивов поведения, отражающиеся на образе его жизни. Известно, что отношение к придворным врачам, а вместе с этим и положение при дворе, с течением времени менялось. При переходе от патогенетической модели врачевания к саногенной, можно отметить этапы придворной медицины, рутинный обычай приглашения врача по случаю заболевания сменился более современной для того времени парадигмой - практикой постоянного врачебного наблюдения за состоянием здоровья пациента.

В 17-19 вв. получили значительную известность многие специалисты, но в военной медицине существует ряд лиц с особыми заслугами. Так, к основоположникам военной медицины относят Р.К. Арескина – архиатра и действительного статского советника; первого лейб-медика Н.Л. Бидлоо, знаменитых придворных врачей Я. Ф. Монсея, Н.Ф. Арендта, И.В. Енохина, семейную династию Блюментростов, первого русского лейб-медика О.К. Каменецкого.

Медики при дворе обязаны были уметь хранить тайны, поскольку их разглашение могло стать грозным оружием в борьбе за власть, и обладать высокой христианской нравственностью. Нахождение между Сциллой возможности опоздания в прогнозе и Харибдой неуместно оптимистичного предсказания.

Должное внимание придавалось таким нравственным качествам врача, как соблюдение врачебной тайны и принципам отбора кандидатов на должность лейб-медика. В инструкции, утвержденной императрицей Анной Иоанновной в 1730 г., говорилось: «Такая персона требуется, которая б не только доброго житья и поступка была, довольное знание и искусство, но и знатность и решпект имела: верен, скрытен и истинен; и такого христианского жития и поступка был. Что паче своим собственным примером, нежели наказанием ему подчиненных и прочих придворных служителей основание полагал» (т.е. верность, умение хранить тайны и высокая христианская нравственность, а также политическая целесообразность).

Наиболее известен Н.Л. Бидлоо, определенный лейб-медиком к Петру 1. Являясь первым директором медицинского училища, по отношению к ученикам школы, он «не был педантом и не давил авторитетом своего ума, учености и начальнической силы». Постепенно звания стали присваивать не только лицам, имеющим отношение к медицинской помощи царя и членов их семьи, но и представителям медицинской администрации военного, военно-морского и гражданского ведомств.

Другим знаменитым специалистом того времени был Я.Ф. Монсей. Будучи опытным военным медиком, он особое внимание уделил совершенствованию военно-медицинской службы, составлявшей основную часть государственной медицины России. В 1762 г. он представил императору Петру 3 доклад «О приведении управления медико-хирургических и аптекарских наук, яко самонужнейшее для пользы общества дело, в лучшее состояние», после которого на «Плане о рангах принадлежащих Его Императорского Величества к медицинскому факультету чинов» была наложена резолюция: «Быть по сему», суть состояла в предложении и обосновании прибавки к жалованию работникам всех медицинских факультетов России. С его отставкой закончилось архиатрство, на смену Медицинской канцелярии пришла Медицинская коллегия, руководство которой было передано в руки не медиков.

Н.Ф. Арендт родился в 1786 г. 22 февраля (3 марта) 1801 года открылось мос-

ковское отделение Императорской медико-хирургической академии, куда он был зачислен. В сентябре 1804 года студент четвёртого курса Николай Арендт вместе с другими товарищами был переведен в Санкт-Петербургскую медико-хирургическую академию, через год окончил ее с наградой за отличие в виде серебряного карманного хирургического набора. Имя будущего врача было занесено на мраморную доску в конференц-зале академии, где оно расположено в числе первых. Во время войны со Швецией в 1809г. служил штаб-лекарем, затем доктором пехотной дивизии, сражавшейся на территории Беларуси (Полоцк, Чашники) и где ему приходилось оперировать раненых в крестьянской избе. Его успех был обусловлен не только блестящим мастерством хирурга, но и исключительной заботой об оперированных больных, а также применением антисептиков.

Об одной из подобных операций в журнале «Отечественные записки» за 5 августа 1822 г. 44-летний купец Иван Фомич Паратков писал: «Не имея другого способа изъяснить моей благодарности Николаю Федоровичу Арендту, даровавшему мне через операцию ...новую жизнь, а многочисленному семейству моему – существование, я прибегаю паки к посредству «Отечественных записок»,...- да узнает мой благодетель, что первая моя молитва к Богу – есть о его здравии и благоденствии, столь важных для человечества, да утешатся страдальцы, подобные мне, ибо искусные руки Николая Федоровича Арендта готовы исторгнуть их из челюстей смерти, а доброе сердце его – влить утешение и отраду в отчаянные их души».

Признание мастерства Н.Ф. Арендта нашло свое отражение в беспрецедентном в истории отечественной медицинской науки акте. «За усердную и долговременную службу, равно как и за совершенное познание медицины и хирургии, доказанное многократным производством всех операций», ему в 1821 г. была присуждена ученая степень доктора медицины и хирургии без сдачи обязательного экзамена и защиты диссертации. После успешного лечения Николая 1 ему пожаловано звание лейб-медика и до конца жизни он являлся его личным врачом. «Он занимался частной практикой, не отказывая никому в помощи. Он сокращал иногда визит в богатом доме, чтобы не опоздать в тесную и грязную лачужку какого-нибудь дворника».

За 20 лет нельзя было встретить бедняков, которые бы не знали Николая Федоровича и ничем не были обязаны ему», он не только лечил и давал совет, но вместе с советом привозил деньги за исполнение совета. Арендт был лично знаком со многими знаменитыми врачами Европы: Диффенбахом, и др. Н.И. Пирогов характеризовал деятельность Арендта, как «смелого и предприимчивого хирурга..., достигшего положения благодаря успешности операций и высокого качества практической работы». Среди многочисленных пациентов были и великие русские поэты М.Ю. Лермонтов и А.С. Пушкин. Светские толки о том, что в смерти Пушкина надо винить его самого так подействовали на впечатлительного М.Ю., что он занемог, и только беседа Н.Ф. Арендта вполне успокоила капризного больного. История рассудила недоброжелателей врача, обвинявших его в неправильной постановке диагноза А.С. Пушкину. Помощь умирающему поэту оказывал и такие врачи, как В.И. Даль, И.Т. Спасский. Сам Арендт 4 раза посетил дом на Мойке и с ним согласовывали планы лечения все врачи. Это подтверждено советской официальной медициной в 1937г. академиками Н.Н. Бурденко и Н.Н. Блохиным, И.С. Брейдо: « Врачи, лечившие Пушкина, ничем не уронили достоинства своей профессии...».

Енохин И.В. - доктор медицины и хирургии (1791-1863), любимец 2-х императоров (Николая 1 и Николая 2). Окончил курс медико-хирургической академии. Сопровождал императора Николая Павловича во время его поездок по России в 1827 г. и во время турецкого похода. В 1831 г. состоял в Польше при графе Паскевиче во время военных действий. За диссертацию "Tractatus de medulla spinali" (1836) признан доктором медицины. В 1837 г. ездил с наследником престола Александром Николаевичем, участвовал во всех военных действиях того времени. Был с 1849 г. главным доктором военно-учебных заведений, 12 лет состоял председателем Петербургского общества русских врачей. Из источников он был не только высокообразованным, но и удачливым врачом, «умел воспользоваться своим знанием». Обеспечил прикомандирование военврачей к клиникам Академии, а впоследствии и к клиникам университетов для усовершенствования в практической медицине, поскольку нашел способ развития, узакон-

нения и поощрения их деятельности в военном деле.

Психологический портрет и личностные качества лейб-медика (на примере И.В. Енохина) выглядели так: «Добрая душа, неспособная на зло, и умевшая даже злых людей хоть на время делать добрее. Добродушие и гуманность преобладали в нем над всеми другими движениями души. Его добрый взгляд и ласковая речь согревали среди неприветливого холода действительности и напоминали о совместности человеческих чувств с неумолимой служебной требовательностью. Безукоризненно-честный и неизменно-правдивый, он никогда не затруднялся оправдать в своих глазах никакую чужую оплошность, никакой дурной шаг, если видел в побуждениях или мыслях хоть капельку человечности. С нравственной стороны он был безупречен, сам был воплощением снисходительности, не был ни искателен, ни честолюбив, был честен и безгранично самоотвержен, свое призвание считал долгом, мало обращал внимания на свое личное положение. Всей душой стремился принести пользу родине, и мало заботился о собственной карьере».

Тесное общение с августейшим семейством и полное доверие царской семьи к персоне врача привнесли особые черты в их полномочия.

Полномочия врача в Российской империи (на примере лейб-медика – консультанта Н.Ф. Здекауэра):

1. Лечение обставлено сложными формальными процедурами (каждое мнение врача фиксировалось в протокол с их подписью).

2. Подача в Аптекарский приказ подробного письменного заключения о диагнозе.

3. Чрезвычайные меры предосторожности («каждому дохтуру и аптекарю того лекарства надкушать, а как великие государи то лекарство изволят принять, и тогда дохтуру, в коем месте ему велят, указу ожидать, пока благое действие того лекарства совершится»).

4. Каждодневно являться в Аптекарский приказ «с поклоном к боярину» и с вопросом: «Нет ли дела?» – иногда – произвольное безделье.

В соответствии с полномочиями была увязана и материальная оценка их труда.

Перечень врачей эпохи Российской империи можно продолжить. Последние слова на юбилее Кронштадтского общества морских врачей В.И. Исаева (1913 г.) отражают завет от прошлого к будущему: «Физически сильным, мощным духом и нравственными принципами принадлежит будущее. Жизнь мчится стремительно вперед. Спешите трудиться». Служение делу здоровья царственных особ на протяжении 17-19 веков превратилось усилиями знаменитых врачей в систему помощи самым разным слоям населения и послужило делу развития не только военной, но и гражданской медицины.

ЭТАПЫ ВРАЧЕВАНИЯ МИЛОСЕРДИЕМ В ХОДЕ КРЫМСКОЙ (ВОСТОЧНОЙ) ВОЙНЫ 1854-1856 гг. И СОВРЕМЕННОСТЬ

Матвейчик Т.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Милосердие – готовность помочь кому-либо или простить кого-нибудь из сострадания, человеколюбия. Без милосердия – жестоко, безжалостно поступать, обходиться с кем-либо (из толкового словаря русского языка).

Служение ближнему, как главная цель жизни медиков прошлого сохранилось до наших дней. Истоки милостивого отношения к больным людям следует искать в ментальности белорусов, переживших много страданий на протяжении веков в силу геополитического положения между Востоком и Западом, а также в славной истории медицины. «Ты хочешь, чтобы тебе оказали милость? Окажи милость своему ближнему» (Иоанн Златоуст). В это верили люди, жившие с Богом в душе. Во всех исторических формах предоставления медицинской помощи населению (народной, религиозной и

светской) прослеживается историческая связь и преемственность, особо заметная под воздействием великих деятелей медицины прошлого, каким является Н.И. Пирогов. Э. Галифакс писал: «Лучший способ предвидеть, что будет, - помнить о том, что было». История развития сестринского ухода в период Крымской (Восточной) войны 1854-1856 гг. несет множество примеров милосердного служения сестер, полезного для понимания современных процессов в сестринском деле.

Рассматривая опыт становления сестринского ухода в Крымской войне, можно выделить его несколько этапов.

1 этап – феномен Дарьи Севастопольской, обусловивший развитие патриотического милосердного поведения русских женщин по отношению к раненым.

Пример обычной маркитантки Дарьи (Михайловой, с прозвищем «Севастопольская»), которая вместо получения прибыли от продажи водки, вина, закусок стала безвозмездно помогать страдающим раненым в ходе боевых действий Крымской войны, обратив личную повозку в пункт помощи – не типичный. Он был обусловлен тем, что организованной помощи раненым и профессионального сестринского ухода в то время не было. Врач севастопольского гарнизона Х.Я. Гюббенет писал о женщинах того периода времени: «Оне способнее мужчин для этих занятий, которые ближе подходят к нежному женскому рукодельному труду». В дальнейшем это подтверждено научными исследованиями.

Доля женщин в составе среднего медицинского персонала составляла в Европе в середине 20 века 25%, в СССР – 75%. Трудоспособность женщины, по исследованиям во Франции, оценивалась в 68,8%, т.е. 3 представительницы слабого пола были способны выполнять работу только 2 мужчин. Несмотря на это, к концу 20 века медицинские сестры стали составлять в медицине подавляющее большинство.

В одной из первых инструкций по уходу за ранеными в Севастополе Н.И. Пирогов писал: «Итак, вот мой совет сестрам, всем без исключения – и старшим и младшим...: трудиться непрерывно для пользы ближнего, но не до изнурения сил... помня, что каждая сестра...живет уже не для одной себя только...». Разве это не первый элемент гигиены труда и профилактики синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), который не назывался подобным образом (это была нервная горячка), но от которого умерло 4 сестер (Оленева и др.). Современная профилактика СЭВ включает именно чередование труда с отдыхом.

2 этап – разделение труда сестер. Помимо основ гигиены труда, в ходе боевых действий с Турцией, Великобританией и Францией произошло еще одно организационное важное событие: начало разделения труда по сестринским профессиям. Эти усовершенствования свелись к тому, что сестер специальной инструкцией Н.И. Пирогов разделил на сестер-хозяек, сестер-аптекарьш и перевязочных сестер. «Сестры-хозяйки обязаны преимущественно наблюдать за чистотою воздуха, белья, палат и за надлежащим качеством пищи и белья для больных». Они следят за проветриванием, состоянием отхожих мест, могут готовить не положенные по Уставу, но дозволенные врачом блюда: бульон, манную кашу, компот и др., а также заваривать чай и кофе. У них хранятся водка и вино, выдаваемое по предписанию врачей, белый хлеб для раздачи раненым в экстренных случаях. Для современных буфетчиц их работа стала значительно легче, поскольку функции поделены между санитарными врачами-гигиенистами и их помощниками, кухонным персоналом.

Другая категория – сестры-аптекарьши, «...обязанность которых состоит в наблюдении за тщательным сбережением вверенных ей наружных и внутренних лекарств, перевязочных средств и некоторых инструментов... и в раздаче предписанных врачами средств больным». В ее обязанности входило знание названий, веса разных лекарств, она должна была содержать в порядке корпию (заменитель ваты), бинты и лигатуры.

Третья группа сестер – перевязочные. Они готовили больных к перевязкам, подкладывали клеенку, готовили место перевязки, сообщали врачу о динамике состояния раны.

Помимо раздачи вина, перевязок, сестрам было поручено хранение денежных пособий, выдававшихся в качестве компенсации тем, кто перенес ампутацию конечностей. Расценки того времени: за оторванную ногу - 50 руб., руку - 40 руб., а за руку и

ногу – 75 руб. Сестре надо было записывать имя раненого, номер его воинской части и адрес родных. Хранение и выдача этих денег было опасным для жизни сестры и хлопотным делом. Ни одного нарекания на эту работу нет – честность сестер безупречна. Это качество сестер было использовано для усиления контроля госпитальных служителей. Н.И. Пирогов ввел жесткий контроль сестрами приготовления пищи (основа военно - полевой диетологии). «Не успели поймать, отчего куриный суп, в который на 360 человек кладется 90 кур, выходит, что на вкус не куриный, а крупой одной действует, тогда как сестры варят - меньшее количество кур кладут, а вкус лучше... и котлы запечатывали, все не помогает, надобно караулить».

3 этап – совершенствование функций и ротация кадров. В обязанности за соблюдением общего порядка в бараке (прообраз старшей сестры) входили ночные дежурства, обходы по несколько раз за смену, честный доклад обо всем замеченном, что касалось госпиталя, больных, фельдшеров и самих врачей, начальнице или записывать это в дежурную книгу. Н.И. Пирогов ввел одно изменение, которое было важным для сохранения профессиональной состоятельности сестер с учетом специфики работы в каждой специальности, а именно: изменение назначения каждой сестры. «Хозяйка должна какое-то время быть перевязывающей, аптекарша - хозяйкой и т.д., в связи с чем, всем женщинам заблаговременно было необходимо ознакомиться со всеми видами занятий». Ротация специалистов сохранилась до наших дней только среди акушеров и гинекологов при работе в женской консультации и родильном отделении, а овладение смежными профессиями – таково содержание инструкции – было отдельным направлением деятельности профсоюзных организаций советских поликлиник и больниц в 60-80 гг. 20 века.

Нравственный облик сестер и изменения в их службе контролировал Совет в составе главного врача, старших сестер, духовника под председательством сестры – настоятельницы (главной, в современной терминологии). Составлялся протокол, в который вносили решение Совета, это позволяло контролировать ответственность сестер за их деятельность (в настоящее время эти функции выполняет Совет сестер). За всю Крымскую войну был лишь один «совестный суд», единогласным решением которого стало: «...оставить без внесения в протокол».

4 этап – создание благоприятного микроклимата как прообраз современной организационной культуры. Взгляд госпитальной администрации на работу старших медицинских сестер и на контроль с их стороны был вначале неодобрительный, но постепенно стал изменяться. Опасения руководства о том, что введение сестринского ухода приведет к падению нравственности в армии, оказались безосновательными. Сам Н.И. Пирогов не только не замечал никаких интриг с ранеными, но и всегда защищал сестер от подозрений.

Между тем, опасность подстерегала в микроклимате внутри Крестовоздвиженской общины. Сплетни, слухи и клевета были проявлениями противоречий, связанных с личностью начальницы общины А. Стахович. Выделение отдельных сестер по принципу личной преданности и подобострастия не было примером конструктивного поведения руководителя. Согласно официальному отчету от 20 ноября 1955г., Н.И. Пирогов сделал тот шаг, который в современной конфликтологии называют «разрубить гордиев узел» или «разведение сторон конфликта»: одну начальницу (А. Стахович) «... по случаю расстроенного здоровья и от трудов...» отправили в Петербург, а других оставили работать: «Замечательно, что самые простые и необразованные из них выделяли себя больше всех своим самоотвержением и долготерпением в исполнении своих обязанностей».

Между тем, научное предвидение пути развития сестринского ухода совпадает с высказанным Н.И. Пироговым мнением о будущем сестер: «Наша сестра не должна быть только православной монахиней. Она должна быть женщиной с практическим рассудком и хорошим техническим образованием, а при том, она должна непременно сохранять чувствительное сердце».

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».

Сестринская помощь – это и сегодня миссионерское служение пациенту без ожидания награды за тяжелый труд. Болезнь изменяет характер человека, и нужно огромное терпение и сострадание к людям, чей характер поврежден хронической болезнью. Особенно важно такое понимание сущности хронического страдания в работе сестры с теми, кто ограничен в правах и свободе передвижения, т.е. с инвалидами, одинокими и старыми людьми.

«Болезнь – один из самых серьезных кризисов, – писал Антоний Сурожский, – «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». Болезнь может стать экзистенциальной встречей с самим собой. В этот период пациент может быть готовым открыть свои глубинные болевые структуры, что может само по себе приносить облегчение, а порой может служить исцелением даже от самой болезни.

Болезнь приводит пациента к встрече с врачом (сестрой). Эта встреча будет полноценной, если медицинский работник услышит пациента, его «внутренний голос», его переживания. Тогда медик и пациент вступают в диалог и могут стать партнерами в борьбе с болезнью. Отвергаясь от своих стереотипов, авторитета, взглядов на лечение, врач (сестра) сумеет услышать запросы больного человека на оказание (или не оказание) помощи, на методы лечения, в которые верит сам пациент. Основы сестринского ухода были предложены через разделение хода военных действий в соответствии с анализом его становления в период Крымской войны, однако, нет предела совершенствованию этого процесса. И сегодня актуальны мнения святых Отцов Церкви о больных и врачевании, которые были применены в сестринском уходе в 19 веке. Митрополит Антоний Сурожский писал: «Надо очень осторожно, мудро и смиренно подходить к больному человеку. 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 подвижников-медиков на протяжении веков. Они сумели увидеть в каждом человеке страдающее создание, нуждающееся в его помощи. Бесценный опыт прошлого приносит нам подсказку-предвидение в день сегодняшней: сестры являются на протяжении ряда веков существенным резервом повышения качества жизни пациентов, и если достойно распорядиться этим опытом, привлекая современные механизмы стимулирования их труда – жизнь с болезнью станет менее обременительной.

БЕШЕНСТВО - НОЗОАРЕАЛ ГЛОБАЛЬНОГО МАСШТАБА

Минина Н.Г., Мишаева Н.П.

ГУ «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии»

РНПЦ эпидемиологии и микробиологии

Бешенство - страшное фатальное заболевание людей и животных, о котором знали древние греки, арабы, египтяне, индийцы, евреи за тысячи лет до н.э. и описы-

вали его как *Lyssa*, *Rabies*, *La Rage*, *Hydrophobia*, *Tollwut*, *La Rabia*. Это природно-очаговый зооноз вирусной природы, поддерживаемый циркуляцией возбудителя (РНК-содержащий вирус рода *Lyssavirus* семейства *Rabdoviridae*) среди широкого круга диких, домашних и синантропных животных.

Географическое распространение бешенства в мире на сегодняшний день характеризуется как нозоареал глобального масштаба. В последние десятилетия XX века ареал бешенства начал расширяться. По данным ВОЗ, в 1984 г. бешенство регистрировалось в 80 странах, а в 2011 г. – уже в 111 государствах, в том числе в Австралии, считавшейся свободной от инфекции.

В Беларуси первое упоминание о бешенстве относится к 1914 г., когда при патологогистологическом исследовании мозга 94 животных у 45 были выявлены тельца Негри. С 1923 по 1929 г. зарегистрировано 1996 случаев гибели животных от рабической инфекции и 62 случая гидрофобии у людей (М.Г. Таршис и др., 1990).

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.

Самая высокая заболеваемость населения в республике была отмечена в послевоенные годы. Из 158 случаев гидрофобии, зарегистрированных в Беларуси, 61,1% относятся к 1949-1958 гг. Основная масса заболевших гидрофобией (более 80%) была не привита антирабической вакциной, лабораторно не обследовалась, что объясняется разрушением антирабических пунктов за время войны. После войны антирабическая служба была восстановлена, снизилась заболеваемость диких животных, редкими стали случаи гидрофобии среди людей.

В 50-е годы XX века на базе Белорусского НИИ эпидемиологии и микробиологии МЗ РБ, выросшего из Белорусского Пастеровского института, был организован отдел по производству антирабической вакцины типа Ферми на кроликах, который с 1930 по 1965 гг. полностью обеспечивал потребности республики. Первый директор института профессор Б.Я.Эльберт был инициатором децентрализации в СССР антирабических прививок, выступал за организацию прививочных пунктов во всех неблагополучных по бешенству районах. Начиная с 1930 г количество антирабических пунктов в республике значительно возросло [Д. Зибицкер, Н.Ковалев, 1968]. Позже в Институте под руководством директора акад. В.И.Вотякова впервые в СССР 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, укушенных бешеными животными.

С 60-х годов республика перешла на применение культуральных вакцин, изготавливаемых в Москве ИПВЭ (КАВ, а затем КОКАВ).

Большой вклад в изучение бешенства и разработку мер профилактики внес Белорусский НИИ эпидемиологии и микробиологии МЗ РБ, выросший из Белорусского Пастеровского института. Идеи Л.Пастера о возможности защиты населения от бешенства всегда были доминирующими. Первый директор института профессор Б.Я.Эльберт организовал производство антирабической вакцины типа Ферми на кроликах и с 1930 по 1965 гг. институт полностью обеспечивал потребности республики в вакцине. Позже, при директоре В.И.Вотякове, в институте была разработана первая в СССР сухая фенолизированная антирабическая вакцина из овечьего мозга. Она считалась лучшей в Советском Союзе и широко применялась для постэкспозиционной профилактики бешенства у людей. В 1955г. в институте была организована вирусологическая лаборатория, в которой от умерших больных было выделено 16 штаммов уличного вируса.

В 70-е годы на базе БелНИИЭМ под руководством академика В.И. Вотякова была создана Проблемная комиссия союзного значения «Химиотерапия и химиопрофилактика вирусных инфекций», после чего в институте началась активная работа по поиску и созданию противовирусных препаратов на модели рабической инфекции. Антивирусные свойства в отношении вируса бешенства выявлены у ряда химических соединений (защищены 8 Авт. свидетельствами), а также у некоторых препаратов фар-

макопейного статуса: рифампицин, резерпин, бензонал, АТФ, азалептин (защищены патентами). Эти препараты рекомендованы к применению по новому назначению – в качестве противовирусных химиотерапевтических средств для предупреждения развития гидрофобии у укушенных лиц.

Республика Беларусь стала первой страной, где химиопрепараты стали применяться для повышения эффективности антирабической вакцины и превентивного лечения бешенства в простэкспозиционном периоде. Так, антибиотик рифампицин был применен впервые в комплексе с антирабической вакциной по жизненным показаниям (травмы, нанесенные бешеным волком, несовместимые с жизнью) в 1992 г., а с 1999 г., согласно приказу МЗ РБ № 64, препарат широко применяется на всей территории Беларуси в комплексном превентивном лечении бешенства у людей при тяжелых укусах (голова, лицо, кисти рук) бешеными животными, при которых прежде у пострадавших развивалась гидрофобия, несмотря на своевременное назначение антирабических вакцин и глобулинов. За время применения рифампицина в республике не было зарегистрировано ни одного случая гидрофобии, в то время как от бешенства погибло 9 человек, которым антирабическая вакцина назначалась без рифампицина. В настоящее время рифампицин ежегодно получают от 3 до 5 тысяч человек, пострадавших от укусов диких и безнадзорных животных, а также при тяжелых укусах домашними животными. Препарат применяется также для антивирусной обработки укушенных ран, а при категорическом отказе от прививок рифампицин настойчиво рекомендуется принимать в виде монопрепарата.

Большой проблемой в республике до сих пор является отсутствие прижизненной лабораторной диагностики бешенства. Диагноз этого заболевания проводится только ветеринарной службой постмортально путем исследования мозга погибших людей или животных. Для прижизненной диагностики бешенства в РНПЦ эпидемиологии и микробиологии разработана тест-система, позволяющая выявлять антиген рабического вируса уже в инкубационном периоде (за 1-5 дней до заболевания) в отпечатках роговицы глаза (корнеальный тест), отпечатках буквального (защечного) эпителия и луковицах волос заднего отдела шеи методом МФА.

В настоящее время обстановка по бешенству остается неблагоприятной. В 2011 году по сравнению с 2010 годом количество заболеваний бешенством увеличилось на 40,0% (с 956 до 1337 сл.). Наибольшее число случаев заболевания бешенством зарегистрировано среди диких животных (890 сл.), заболеваемость увеличилась на 30,8%. Число случаев бешенства среди сельскохозяйственных увеличилось в 1,5 раза и составило 117. Чаще всего случаи бешенства регистрировались среди крупного рогатого скота (89,7%).

Среди домашних животных (собаки, кошки, включая безнадзорных) зарегистрировано 330 случаев бешенства, удельный вес их в структуре общей заболеваемости бешенством увеличился с 20,6% в 2010 г. до 24,7% в 2011 г.

В 2011 г. за оказанием антирабической помощи обратилось 23871 человек, в т.ч. 1572 (6,6%) человека вследствие контакта с больными бешенством животными (в 2010 г. – 22930 и 9881 (7,3%), соответственно. В 2011 г. по сравнению с 2010 г. на 12,7% увеличилось количество лиц, которым был назначен курс антирабических прививок.

В заключение следует отметить, что большой вклад в изучение эпидемиологии бешенства и мер специфической профилактики внесли профессор Д.Е.Зибицкер, канд. мед. наук Л.С.Змушко, сотрудники института В.И.Короткевич, В.К.Белоусова, Н.Г.Терешонок. В разработке химиофилактики и химиотерапии бешенства большую роль сыграли академик РАМН, РАЕН И НАНБ В.И.Вотяков, докт. биол. наук Н.П. Мишаева, канд. мед. наук Н.Н. Галицкая, канд. биол. наук И.А.Азарова, сотрудник института И.К. Зубович. Метод прижизненной диагностики бешенства разработан докт. биол. наук Н.П.Мишаевой.

ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ

Михалюк А.И., Левчук Л.И.

УЗ «Брестский областной противотуберкулезный диспансер»

Бактериологические исследования являются неотъемлемой частью диагностики туберкулеза, организации лечебных и противоэпидемических мероприятий. Роль бактериологических лабораторий велика, особенно на современном уровне при ежегодном росте МЛУ-ТБ в его современной диагностике и назначении адекватной схемы лечения.

В первые послевоенные годы клиническая лаборатория ОТД производила общеклинические анализы крови и мочи, мокроту на БК методом простой бактериоскопии и флотации. Одной из первых клинических лаборанток в ОТД была Дубоделова Валентина Денисовна, затем пришла на работу вторая лаборантка Шершукова Клара Петровна, и в этой должности проработала до выхода на пенсию.

Первым зав. клинической лабораторией ОТД была врач Смышляева В. И., вторым – Тур Всеволод Павлович, уехавший по контракту на работу на Кубу, затем вернулся на постоянное место жительства в Москву и работал в одной из клиник.

Бактериологическая служба в Брестской области берет свое начало с 1963 г., когда разворачивается бактериологическая лаборатория при ОТД. Заведующей объединенной клинико-бактериологической лабораторией переходит из железнодорожной СЭС Лашхи Тамара Варламовна, окончившая Тбилисский медицинский институт, которая в военные годы работала начальником бактериологического отряда особо опасных инфекционных болезней на территории Ирана. Лашхи Т. В. энергично приступила к новому делу. Бактериологическая лаборатория вначале создается на базе облтубдиспансера, приобретается необходимое оборудование, реактивы. Посевы биологического материала, в основном мокроты, производились на твердой питательной среде С. И. Гельберга, позже переводится на Левенштейна-Иенсена. В короткое время налаживается полный охват в необходимом объеме обследованием всех больных стационара, амбулаторных пациентов г. Бреста и близлежащих районов. Работая единственным врачом с помощью фельдшеров-лаборантов Соболев М. Д., Пашкевич Е. Б. Лашхи Т. В. оказывает практическую помощь в создании таких же бактериологических лабораторий в Барановичском, Кобринском, Ивацевичском, Березовском, Пружанском, Лунинецком, Пинском тубдиспансерах, в туботделении «Молотковичи» Пинского района, вновь открытой Верховичской туббольнице, а затем создаются посевные пункты в каждом районе на базе ЦРБ и 10 лабораторий при рай. СЭС. Питательные среды для посевных пунктов изготавливались в ОТД, идентификация, определение лекарственной чувствительности полученных культур, производилась тоже в ОТД.

Лашхи Т. В. постоянно выезжала в районы, курировала баклаборатории и посевные пункты, оказывала им практическую помощь, готовила врачей бактериологов, лаборанток для работы в них. Ежегодно возрастало количество произведенных бактериологических исследований у больных туберкулезом, позже началось налаживание бакобследования биологического материала у лиц из групп повышенного риска: страдающих неспецифическими заболеваниями органов дыхания, мочевой системы, гениталий.

Лашхи Т. В. по праву считалась одним из крупных специалистов бактериологов в области и республике, вкладывала энергию и умение в развитие этой службы в области, проработала на этом посту до пенсии, ушла на заслуженный отдых в пожилом возрасте, оставила добрую память о своей деятельности, а молодым специалистам – полностью налаженную бактериологическую службу в облтубдиспансере и районах области.

В период работы Лашхи Т. В. бактериологическая лаборатория была выделена в самостоятельную службу. После ухода на отдых Лашхи Т. В. зав. бактериологической лабораторией работала Жук Валентина Васильевна, ее сменила в 1989 г. Михалюк Алла Ильинична и возглавляет эту службу по настоящее время. Врачами-

бактериологами работали в разное время Журавская Лариса Владимировна, ушедшая на постоянную работу в Облкожвендиспансер, Чезлова Ольга Евгеньевна, Бычков Валерий Александрович.

В 1988 г. проведена централизация бактериологических исследований области на базе баклаборатории УЗ «Брестский областной противотуберкулезный диспансер» («БОПТД»), на ее базе 50% объема работы составляют микробиологические исследования на туберкулез и 50% другие исследования по клинической и санитарной бактериологии.

С 1991 г. бактериологическая служба микробиологических исследований на туберкулез в Брестской области организована полуцентрализованно, стало функционировать 5 укрупненных специализированных лабораторий: при Брестском облтубдиспансере, Барановичском, Пинском гортубдиспансерах, Верховичской туббольнице, туботделении Молотковичской инфекционной больницы. Эти учреждения располагают подготовленными врачебными кадрами, лаборантами, что позволяет осуществлять на этих базах сложные микробиологические исследования: видовую идентификацию микобактерий туберкулеза, определение спектра антибактериальных исследований чувствительности культур, а также увеличить количество исследований, улучшение их качества.

Помимо лабораторий, создано и функционировало 11 посевных пунктов: в гг. Береза, Белоозерске, Дрогичине, Каменце, Давид-Городоке, Кобрине, Иваново, Ивацевичах, Лунинце, Пружанах в задачу которых входит проведение микроскопии и диагностических посевов, учет их результатов и доставку выделенных культур в лаборатории для последующих исследований. Проводят бактериологические исследования угрожаемого контингента Столинский и Ганцевичский рай. ЦГ и Э.

С 1986 г. микроскопические исследования на туберкулез стали проводиться каждой клиничко-диагностической лабораторией (КДЛ) области. Баклаборатория УЗ «БОПТД» проводит внешний контроль за качеством микроскопических исследований мокроты на кислотоустойчивые бактерии (КУБ).

В соответствии с приказом МЗ РБ за № 57 от 25.05.2009 г. проведена повторная реорганизация баклабораторий в РБ. В соответствии с этим приказом начальником управления здравоохранения Брестского облисполкома издана инструкция от 12.11.2009 г. «О порядке организации деятельности лабораторий, осуществляющих диагностику туберкулеза в учреждениях здравоохранения Брестской области», согласно которой в области баклаборатории по работе, объему и методам исследования реорганизованы по 3 уровням. Баклаборатория УЗ «БОПТД» наделена 3 уровнем - головная лаборатория, 2 уровнем УЗ «ТБ Верховичи», УЗ «Центральная Пинская больница» филиал инфекционная больница «Молотковичи», УЗ «Межрайонный противотуберкулезный диспансер, филиал Пинская ЦП», УЗ «Противотуберкулезный диспансер, филиал Барановичская ЦП», УЗ «Березовская и Ивановская ЦРБ», остальные 9 районов баклабораториями 1 уровнем, а микроскопические центры для всех лечебных учреждений г. Бресте на базе КДЛ и УЗ «БОПТД», г. Барановичи на базе филиала Барановичского тубдиспансера и КДЛ, г. Пинска на базе УЗ «Межрайонный противотуберкулезный диспансер, филиал Пинская ЦП».

С 2002 г. область приняла к руководству программу DOTS, рекомендуемую Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для широкого внедрения в большинстве стран мира. В рамках этого проекта бактериологические лаборатории оснащены необходимым оборудованием, реактивами.

В настоящее время баклаборатории укомплектованы подготовленными врачебными кадрами, лаборантами, имея необходимую материальную базу способны на высоком уровне проводить комплекс лабораторных исследований больных туберкулезом и охвата обследованием угрожаемой группы населения на туберкулез.

Общее руководство бактериологической службой по исследованию микобактерий туберкулеза (МБТ) возложено на головное учреждение УЗ «БОПТД».

Большую работу по созданию и развитию бактериологической службы провели заведующие лабораториями в Барановичском гортубдиспансере Волчок Надежда Ивановна, проработавшая в этой должности 32 года, последние около 20 лет заведует Ананчик Инна Леонидовна; в туботделении Молотковичской больницы Метелица На-

дежда Ивановна, ее сменила и продолжает трудиться Грибовская Лидия Ивановна; в Верховичской туббольнице Лебецкая Кристина Адамовна продлающая трудиться по настоящее время; в филиале Пинского тубдиспансера Волчкович Елена Петровна.

Баклабораторией УЗ «БОПТД» продолжает руководить Михалюк Алла Ильична, которой по праву принадлежит дальнейшее реформирование этой службы в соответствии с научными достижениями и требованиями нового времени, работают квалифицированные врачи-лаборанты Кисляк Наталья Владимировна, Маренко Ольга Николаевна, Самуйлик Ирина Михайловна, Таманькова Анжела Владимировна.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ И ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В СТАНОВЛЕНИИ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Михалюк С.Ф., Гулякевич А.Ф.

УЗ «38-я городская поликлиника г. Минска»

*ГУ «Республиканский клинический центр» Управления делами
Президента Республики Беларусь*

Тяжелые условия жизни сельского населения, высокая заболеваемость, смертность, эпидемии, а также возрастающие потребности сельскохозяйственного производства в здоровой рабочей силе привели к введению в 1864 году земского хозяйственного самоуправления в центральных губерниях Российской империи.

В соответствии с положением о земских учреждениях (1 января 1864), на земство возлагалось «попечение в пределах, законом определенных и преимущественно в хозяйственном отношении, о народном здравии». Закон обязывал содержать переданные учреждения бывших приказов общественного призрения и принимать меры к организации оспопрививания. Однако точной регламентации обязанностей земств по оказанию медицинской помощи сельскому населению не существовало. К тому же правительство не субсидировало здравоохранение. Средства, выделяемые на содержание земской медицины, были весьма незначительными. Земства стремились покрыть расходы на оказание медицинской помощи за счет самого крестьянства путем специального медицинского сбора. Лишь в небольшой части губерний и уездов медицинская помощь оказывалась бесплатно.

Земская медицина на протяжении десятилетий практиковала разъездную систему медицинского обслуживания населения. Ежемесячно земские врачи, проживающие в уездных городах при врачебных амбулаториях, объезжали фельдшерские пункты уезда с целью оказания медицинской помощи местному населению и контроля работы фельдшера. Система обслуживания была малоэффективной. Это объяснялось в первую очередь огромными размерами врачебных участков, плохими путями сообщения. Так, в 1870 году средняя площадь врачебного участка 4860 кв. верст, радиус 39 верст, при населении 90 тысяч человек. Число врачей в земских губерниях составляло 610, в том числе в сельской местности - 243, число самостоятельных фельдшерских пунктов 1350. Внимание к отдельным вопросам медицинской помощи сельскому населению в научной медицинской литературе начинает проявляться во второй половине XIX века. Так, в протоколах заседаний общества минских врачей в 70е - 80е годы XIX века обсуждался вопрос о фельдшеризме и о необходимости замены их врачами. Врач постоянно находился в разъездах, много времени затрачивал на переезды.

В начале XX в. заметно оживилась деятельность земств по оборудованию новых врачебных участков, устройству амбулаторий и лечебниц в сельской местности, больше внимания стало уделяться профилактическим работам и санитарии. Средняя площадь врачебного участка уменьшилась до 930 кв. верст, радиус до 17 верст, количество обслуживаемого населения до 28 тысяч человек. Число врачей составило 3082, в том числе в сельской местности- 2335, число самостоятельных фельдшерских пунктов 2620.

Появление в земствах в конце XIX в. двух и более врачей на уезд создало воз-

возможность разделения его территории на участки в соответствии с количеством врачей и постоянного размещения их в определенных пунктах уезда. Постепенно неэффективная разъездная система в губерниях заменялась полуразъездной, смешанной, то есть совмещались функционирование в уезде стационара, где врач проводил значительно больше времени, и выезды врача на фельдшерские пункты для оказания медицинской помощи в наиболее тяжелых случаях. Таким образом, в системе земской медицины зародилась форма медицинского обслуживания, впоследствии переросшая в участково-территориальную. Возникновение врачебного участка на селе явилось одной из серьезных заслуг земской медицины.

Земские врачи разработали структурные принципы врачебного участка: врачебный участок на селе должен иметь радиус в пределах 10 верст, площадь – 314 квадратных верст, население его должно составлять 6-7 тыс. человек. В него должны входить участковая лечебница со стационаром на 5-10 коек, с родильным и сифилитическим отделениями, заразный барак, амбулатория, помещение для аптеки, квартира для врача и дом для персонала. Наряду с земскими врачебными участками, формировались земские уездные и губернские больницы. В губернских больницах создавались прозектура и операционные, население обеспечивалось высококвалифицированной медицинской помощью врачей-специалистов, проводилась подготовка фельдшеров, среднего и младшего медицинского персонала. Вместе с тем губернские больницы были малодоступны для крестьян, а уездные представляли небольшие стационары на 30-40 коек, без специализированной помощи, вследствие чего около 90% больных получали только фельдшерскую помощь. С. В. Балковец (1912) считал, что основная задача земской медицины должна заключаться в «приближении врачебной помощи населению и децентрализации». Он поддерживал идею земских врачей в том, что сельский врачебный участок должен стать основным звеном в обеспечении медицинской помощи сельскому населению. В губерниях вводились должности санитарных врачей, создавались санитарные врачебные советы. Так сложилась трехэтапная структура врачебной помощи сельскому населению: земский врачебный участок, уездная больница, губернская больница.

Большое значение для развития земской медицины имели съезды земских врачей. Первый губернский съезд земских врачей Тверской губернии состоялся в 1871 году. В 1892 году прошел первый съезд сельских врачей Гродненской губернии, где основным был доклад «Ход устройства сельской медицинской части». В решениях съезда были сформулированы предложения о передислокации ряда приемных покоев и фельдшерских пунктов в более доступные для населения. Подробным образом были рассмотрены вопросы организации медицинской помощи сельскому населению на съезде врачей Витебской губернии в 1899 г.

По всем земским губерниям до 1913 г. состоялось 378 губернских съездов земских врачей. Особую роль в истории медицины сыграли съезды врачей в память Н.И. Пирогова. На Пироговском съезде определена роль земского врача как «основной фигуры среди русских врачей». В трудах Пироговских съездов нашли отражение основные этапы развития врачебно-санитарного дела в земствах.

Важную роль в развитии и совершенствовании принципов земской медицины сыграла прогрессивная медицинская периодическая печать: «Архив судебной медицины и общественной гигиены», «Земский врач», «Московская медицинская газета», «Врач», «Русский врач», «Журнал общества русских врачей в память Н.И. Пирогова», «Общественный врач» и многие другие; передовые медицинские общества: «Общество русских врачей в Москве», «Общество врачей в Казани», «Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова».

Таким образом, земство в конце XIX века заложило основы последующего развития медицины, определило основные направления и пути дальнейшего разрешения проблем общественного здравоохранения на многие десятилетия вперед. Зародилась трехэтапная система оказания медицинской помощи сельскому населению, и сельский врачебный участок стал основным звеном в обеспечении медицинской помощью сельского населения. Врачебный участок, явившийся основной организационной формой земской медицины и ее крупнейшей заслугой, был рекомендован в 1934 г. гигиенической комиссией Лиги Наций другим странам для организации медицинской помощи сельскому населению.

ФОРМИРОВАНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Михалюк С.Ф., Гулякевич А.Ф.

УЗ «38-я городская поликлиника г. Минска»

ГУ «Республиканский клинический центр» Управления делами

Президента Республики Беларусь

Проблема повышения доступности и качества медицинского обслуживания сельского населения в настоящее время является весьма актуальной. Ее решение во многом определяет перспективы развития сельских территорий, связанные с созданием благоприятных социально-экономических условий для выполнения селом важнейших общенациональных функций, одной из которых является сохранение и приумножение трудового потенциала села, необходимого для выполнения агропромышленным комплексом задач по обеспечению продовольственной безопасности страны.

Современное состояние здоровья сельского населения характеризуется негативными тенденциями во всех возрастных группах. Продолжается процесс старения сельского населения, связанный со снижением рождаемости и ростом смертности. Во всех регионах с разной степенью интенсивности отмечается снижение естественного прироста населения. Депопуляция населения страны значительно снижает творческий потенциал нации из-за увеличения процента лиц старшего возраста. Это же, в конечном счете, усугубляет дефицит трудовых ресурсов в аграрном секторе страны.

Неблагоприятная демографическая ситуация на селе, негативные показатели здоровья, снижение уровня медицинского обслуживания среди работников сельского хозяйства поставили перед здравоохранением задачу разработать программу профилактических мероприятий по повышению доступности медицинского обслуживания сельского населения. В этой связи на первый план выдвигается и становится наиболее актуальной проблема продления периода активной трудовой деятельности сельского населения, так как известно, что здоровье — не только интегральный показатель качества жизни, но и один из решающих экономических факторов.

Повышение доступности медицинской помощи сельскому населению является одним из приоритетных направлений в охране здоровья. Ее целенаправленное развитие возможно в условиях коренной перестройки деятельности медицинских организаций, использования новых прогрессивных технологий, разработки и внедрения стандартов качества.

Для улучшения ситуации в сельском здравоохранении необходимо решать ряд важных задач по нормативно-методическому обеспечению и обоснованию оздоровительных мероприятий по улучшению условий труда и проживания сельского населения.

В результате принимаемых в последние годы мер по увеличению рождаемости на селе, улучшению материально-технической базы здравоохранения, повышению материального благосостояния сельских врачей и средних медицинских работников появились позитивные сдвиги в демографической ситуации на селе.

Однако кардинального перелома в улучшении состояния здоровья сельского населения пока не произошло. Несмотря на проведенные мероприятия, в сельском здравоохранении остается еще ряд проблем. К ним можно отнести недостаточную доступность медицинской помощи населению, низкую транспортную доступность отдельных объектов здравоохранения, сокращение количества фельдшерско-акушерских пунктов, уменьшение числа врачей, медицинских работников среднего звена.

Вопрос обеспечения сельской местности медицинскими кадрами стоит очень остро. Молодые специалисты, имеющие медицинское образование (врачи, фельдшера, медсестры, фельдшера-лаборанты), едут в село неохотно.

Обращает на себя внимание и тревожит тот факт, что за последние годы наблюдается сокращение численности среднего медицинского персонала, то есть, меди-

цинских сестер и фельдшеров, которые работают на селе. Решение проблемы кадровой укомплектованности сельских учреждений здравоохранения связано с созданием комфортных условий жизнедеятельности для сельских работников здравоохранения.

Сельское население размещено неравномерно. Специфика размещения сельского населения определяет и особенность оказания ему медицинских услуг. Именно небольшие населенные пункты заслуживают особого внимания в плане обеспечения доступности медицинской помощи. Как правило, в них отмечается наиболее высокие показатели общей смертности, низкие цифры охвата профилактическими осмотрами, диагностическими исследованиями.

Большая проблема – это закрытие аптек в малонаселенных пунктах, когда жители села вынуждены тратить на проезд денежные средства в размерах, превышающих стоимость лекарств или препаратов, которые они получают как пользователи социальных услуг.

Сокращение охвата сельских жителей медицинской помощью при свертывании сети стационарных лечебных учреждений должно быть компенсировано качественной амбулаторно-поликлинической помощью, проведением периодических медицинских осмотров с ранним выявлением заболеваний среди сельского населения и их своевременным лечением. Улучшение лечебно-профилактического обслуживания сельского населения должно сопровождаться изменением структуры и значимости элементов первичной медико-санитарной помощи, приближением доступной квалифицированной врачебной помощи.

Среди мероприятий по улучшению внебольничной помощи сельскому населению важнейшим вопросом является определение места и удельного веса врачебной помощи. При планировании амбулаторной помощи следует исходить из того, что, несмотря на происшедшее значительное сокращение радиуса обслуживания, фактор расстояния продолжает играть существенную роль в современных условиях. Оптимальным радиусом обслуживания, при котором сохраняется достаточно высокий уровень обращаемости, является расстояние от места расположения амбулатории не более 5-6 км. В этом радиусе в условиях большинства районов Республики Беларусь проживает до 2500-3000 человек.

Необходимо предусмотреть обеспечение доступности для всех групп сельского населения квалифицированной первичной, скорой, специализированной медицинской помощи на основе создания амбулаторий общей врачебной практики, развития сельских участковых больниц, укрепления материально-технической базы центральных районных больниц, развития службы скорой медицинской помощи, распространения выездных форм специализированной медицинской помощи.

Таким образом, поиск наиболее рациональных путей повышения уровня здоровья и улучшения качества медицинского обслуживания сельских тружеников продолжает оставаться актуальным. Проводимые структурно-функциональные преобразования в системе здравоохранения должны обеспечить приоритет медицинской профилактики; дальнейшее развитие стационарозамещающих технологий, в том числе стационаров на дому; развитие межрайонных отделений, формирование и развитие мобильных бригад врачей-специалистов, которые могли бы выезжать на село и приближать первичную медико-санитарную помощь к жителям села; усиление кадровой политики, доукомплектование кадрами, и оптимизация соотношения врачей и медицинских сестер. Для укрепления и сохранения здоровья сельского населения необходимо совершенствовать уже существующие и разрабатывать новые формы организации медицинской помощи.

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Михалюк Р.А.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
УЗ «38-я городская поликлиника г. Минска»*

Современная демографическая ситуация характеризуется прогрессирующим процессом старения населения. В настоящее время примерно 15%-17% населения составляют люди старше 65 лет, и, по всем прогнозам, к 2020 г. их численность возрастет, по меньшей мере, в два раза и превысит 1 млрд 200 млн чел. Особенно значительно увеличится число пожилых в возрасте 85 лет и старше.

Поскольку среди пожилых и старых людей большая часть страдают хроническими заболеваниями и нуждаются в оказании медицинской помощи намного чаще, чем лица молодого и среднего возраста, существует необходимость в улучшении организации медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста, что предполагает дальнейшее совершенствование и развитие этой отрасли современного здравоохранения.

В настоящее время четко сформированы основные положения и понятия, связанные с возрастной патологией. Геронтология - общебиологическая многопрофильная наука, изучающая процессы старения. Гериатрия - часть геронтологии и медицины, изучающая все аспекты заболеваний людей пожилого и старческого возраста.

В настоящее время во всем мире проводится большая работа по совершенствованию и развитию гериатрической службы, о чем свидетельствует ее история. Так, до XIX столетия отрасль знаний и практической деятельности о пожилых называлась герокопия (уход за пожилыми), и включала в себя преимущественно учение об образе жизни пожилых пациентов.

В XX столетии гериатрия провозглашена направлением медицины, «противоположной» педиатрии, имеющим самостоятельное физиологическое обоснование и именно в это время гериатрия начинает формироваться как наука. Причиной этому является ухудшающаяся демографическая ситуация, обусловленная увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста в обществе. После 30-х гг. XX столетия произошло окончательное закрепление за геронтологией и гериатрией права на отдельную медицинскую специальность и признание их в качестве мультидисциплинарных наук.

В более позднем периоде в рамках гериатрии стали выделяться другие дисциплины, например неврология пожилого возраста (нейрогериатрия), психиатрия пожилого возраста и пр.

Немаловажную роль в этом сыграла Организация Объединенных Наций (ООН), создание которой в 1945г. явилось результатом сотрудничества разных стран в борьбе с фашизмом и их стремлением к прочному миру и благосостоянию человечества, а также создание Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), устав которой был ратифицирован в 1948 г.

Одной из задач ООН и ВОЗ явилось содействие разработке мероприятий по охране здоровья и социальной защите пожилых людей. Поэтому в ООН был организован отдел по старению, а в ВОЗ — отдел по старению и здоровью. При ООН был создан также неправительственный комитет по старению к этой проблеме на международном уровне. Под эгидой ООН были также разработаны и сформулированы 18 принципов в отношении пожилых людей, которые охватывают их жизнедеятельность во всех направлениях. Следование этим принципам обеспечивает независимое существование людей пожилого возраста, участие их в общественной и политической жизни, обеспечивает уход за ними и защиту, реализацию их внутреннего потенциала, сохранение чести и достоинства.

Один из принципов гласит: "Пожилые люди должны иметь доступ к медицинскому обслуживанию, позволяющему им поддерживать или восстанавливать оптимальный уровень физического, психического и эмоционального благополучия и предотвращать или сдерживать начало периода недугов".

И в последующем ООН продолжала принимать определённые меры по усиле-

нию защиты интересов этой категории населения. В 1982 году был принят Международный план по старению, а в 1990 году Генеральная ассамблея ООН объявила 1 октября Международным днем пожилого человека, который отмечается ежегодно.

В 1991 г. были приняты «Принципы ООН в отношении лиц пожилого возраста» (независимость, участие, забота, самореализация, достоинство). Эти принципы нашли продолжение и в Европейской социальной хартии, которая подготовлена в рамках Совета Европы, Хартии стандартов пожилых людей, разработанной под эгидой Британского геронтологического общества. 1999 год был объявлен годом пожилых людей.

Международный интерес к проблемам старения в послевоенный период стимулировал создание национальных геронтологических объединений, первым из которых явилось Геронтологическое общество США, образованное в 1945 г. Вслед за этим последовало создание аналогичных объединений в странах Западной Европы и Америки.

Основными задачами национальных геронтологических обществ являлись:

- содействие организации объединений геронтологов и гериатров на местах (в отдельных регионах);
- сотрудничество и координация научных исследований в области геронтологии и гериатрии;
- помощь в организации системы подготовки кадров;
- сотрудничество в организации гериатрической службы и социальной помощи пожилым людям;
- создание системы информации о работах, проводимых в стране и за рубежом.

Решение этих проблем требовало укрепления международного сотрудничества.

Поэтому на Первом международном конгрессе по геронтологии, в Льеже (1950) была создана Международная ассоциация геронтологических обществ, получившая в этом же году название Международной ассоциации геронтологии (МАГ).

В Уставе МАГ подчеркнуто, что основными целями организации является содействие:

- исследованиям в разных областях геронтологии;
- подготовке кадров;
- международным связям национальных обществ;
- организации международных конгрессов по геронтологии.

Следует заметить, что 50—60-е годы были ознаменованы значительным прогрессом в создании национальных геронтологических объединений и в СССР. В частности, в 1957 г. в Ленинграде по инициативе академика З.Г.Френкеля было образовано первое в СССР городское научное медицинское общество геронтологов. Позже научные общества геронтологов и гериатров были созданы и в других регионах страны, был организован НИИ геронтологии АМН СССР в Киеве (1958), Научные советы АМН СССР и АН СССР по геронтологии и гериатрии. В 1963 г. в Киеве была созвана 1-я Всесоюзная конференция по геронтологии и гериатрии и учреждено Всесоюзное общество геронтологов и гериатров, которое провело затем несколько Всесоюзных съездов, международный геронтологический конгресс (Киев, 1972 г.), ряд семинаров с участием представителей ООН и ВОЗ. Советские ученые принимали активное участие в работе форумов, организованных МАГ в 60—80-х годах. В 1990 г. стал выпускаться журнал «Проблемы старения и долголетия».

Заслуги МАГ в содействии организации национальных геронтологических объединений и включении их в общую систему МАГ трудно переоценить. Особенно это касается стран Центральной и Восточной Европы, где после краха коммунистической системы и перехода к рыночной экономике положение пожилых людей ухудшилось, и государственная работа по геронтологии и гериатрии резко ослабла. Распад Советского Союза привел к прекращению существования Всесоюзного общества геронтологов и гериатров. В этих условиях в бывших республиках СССР пришлось практически заново вести работу по организационному объединению геронтологов и гериатров.

В настоящее время международное сотрудничество в области геронтологии и гериатрии с активным участием МАГ развивается во многих направлениях.

В нашей республике также проводится большая работа по совершенствованию гериатрической службы, о чем свидетельствует история ее развития. Гериатрическая служба начала создаваться в 1979 году. Был назначен главный внештатный гериатр

МЗ Белорусской ССР и принято решение о выделении в амбулаторно-поликлинических учреждениях врачей-гериатров на функциональной основе. Начала формироваться концепция гериатрической службы.

Однако гериатрическая помощь населению осуществлялась общелечебной сетью учреждений здравоохранения. Диспансеризация, амбулаторное и стационарное лечение, реабилитационные и другие мероприятия в отношении людей пожилого, старческого возрастов и долгожителей проводились по общим правилам, без учета возрастных особенностей. Становилась очевидной необходимость принятия мер по улучшению организации медицинской помощи этой категории населения.

В ноябре 1991г. Министерством здравоохранения Белорусской ССР был издан приказ № 196 "О совершенствовании гериатрической службы и организации больниц сестринского ухода или медико-социальных коек в лечебно-профилактических учреждениях республики". Этот документ, фактически, стал основополагающим для дальнейшего развития гериатрической службы.

В 1993 г. Советом Министров Республики Беларусь утверждена Республиканская комплексная программа по проблемам пожилых людей. В ходе ее выполнения Министерством здравоохранения республики были приняты определенные меры по организации гериатрической помощи населению. В многопрофильных больницах выделены палаты повышенной комфортности для ветеранов войн. Для качественной стационарной помощи ветеранам в республике уже в течение длительного времени функционируют 4 госпиталя инвалидов ВОВ.

Кроме того, для более эффективного обслуживания населения пожилого и старческого возрастов в ряде ТМО созданы гериатрические кабинеты, которые являются центрами пропаганды здорового образа жизни, создания групп самооздоровления, организации консультативных приёмов гериатрами граждан преклонных возрастов.

В 2008 г. на функциональной основе на базе кафедры и Республиканского клинического госпиталя ИОВ им. П.М. Машерова создан Республиканский геронтологический центр.

С целью подготовки квалифицированных кадров врачей-гериатров и терапевтов по гериатрии при БелГИУВе еще в 1996 году была создана кафедра гериатрии и геронтологии. За период существования кафедры гериатрии и геронтологии (до 2003 года) было подготовлено более 1000 врачей-гериатров, опубликовано более 250 научных работ, изданы монографии.

В сентябре 2006 года при БелМАПО была вновь создана кафедра геронтологии и гериатрии. Основная направленность научных исследований кафедры - изучение клинко-патогенетических особенностей заболеваний в пожилом и старческом возрасте, а также заболеваний, ассоциированных со старением. Кафедра геронтологии и гериатрии является координирующим центром, проводит активную учебно-методическую, организационную работу. За текущий период на кафедре подготовлено более 1800 врачей.

Таким образом, значительно большая, по сравнению с другими демографическими группами, потребность пожилых людей в медицинской и социальной помощи ставит здравоохранение перед необходимостью дальнейшего развития и совершенствования гериатрии.

КРАТКИЙ ОЧЕРК ИЗУЧЕНИЯ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПАТОГЕННЫХ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА, НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛОВЕЖСКОЙ ПУЩИ

Мишаева Н.П., Шилович М.В., Ярец Л.Н., Стегний В.А.

РНПЦ эпидемиологии и микробиологии

Брестский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья

Беловежская пуца - широко известный в Беларуси и Европе уникальный массив первобытного реликтового леса, покрывавшего в доисторические времена территорию всей Европы, о чем свидетельствует запись в Ипатьевской летописи 983 года (Кочановский, Корочкина, 1976). Территория пуцы, с ее богатейшим животным миром (стада зубров, кабанов, оленей, коз) всегда была местом охотничьих забав сначала местных князей, а потом польских королей. В 1409 году князь Витовт, готовясь к Грюнвальдской битве, устроил в ней грандиозную охоту, в которой были убиты тысячи кабанов, зубров и оленей, чтобы обеспечить войско на все время войны. И в мирное время в пуце не прекращались королевские и царские охоты, отличавшиеся чистейшим вандализмом. Постепенно вырубались леса, что наносило животному и растительному миру пуцы огромный вред. В конце 14 века князь Ягелло объявил пуцу заповедной территорией, оставив право охоты за собой и своим братом Витольдом. Во времена Советского Союза пуца имела статус заповедно-охотничьего хозяйства с искусственно увеличенной численностью диких копытных, как основного объекта охоты. С 1991 года Беловежская пуца преобразована в «Государственный национальный парк» (ГНП), в задачу которого входило, с одной стороны, сохранение природных комплексов, с другой превращение парка в объект экологического, познавательного и оздоровительного туризма с привлечением самых различных групп посетителей (Казулько, 2002). Поскольку лесные биотопы, отличающиеся богатой флорой и фауной с многочисленными видами кровососущих членистоногих, являются природными очагами трансмиссивных инфекций, на территории Беловежской пуцы в разные годы регистрировались природно-очаговые заболевания человека вирусной, бактериальной и паразитарной природы (Савицкий и др., 2002). Для защиты посетителей и персонала Беловежской пуцы необходимо было изучить эпидемиологию, эпизоотологию наиболее значимых трансмиссивных зоонозов, представляющих угрозу здоровью населения, с целью разработки системы их профилактики.

Из трансмиссивных зоонозов в момент образования ГНП «Беловежская пуца» основной угрозой для здоровья населения считался клещевой энцефалит (КЭ) – острое вирусное заболевание, переносимое клещами семейства Ixodidae. На территории Беловежской пуцы зарегистрировано 6 видов иксодовых клещей (*Ixodes ricinus*, *I. argonoporus*, *I. trianguliceps*, *I. crenulatus*, *Dermacentor reticulatus*, *Haemaphysalis concinna*), из них наиболее многочисленным является лесной вид клеща (*I. ricinus*), составляющий свыше 97% от числа собранных клещей. Численность клещей лугового вида (*D. reticulatus*) составляет менее 2%.

В изучении иксодовых клещей как хранителей и переносчиков возбудителей вирусной, бактериальной и протозойной природы, можно выделить 3 этапа.

1 этап (30-90 годы XX столетия). Комплексной экспедицией, организованной Всесоюзным институтом экспериментальной медицины и Минским государственным медицинским институтом в 1939-1940 гг. на территории Беловежской пуцы были выявлены природные очаги КЭ и выделен вирус из клещей *I. ricinus* (Зильбер, 1939, Чумаков, 1940, 1944). Природные КЭ пуцы подразделены на «дикие», где запрещена любая хозяйственная деятельность, и антропогенные (очаги лесных пастбищ), на территории которых разрешена хозяйственная деятельность, выпас скота и др. Прокормителями имаго клещей *I. ricinus* в «диких» очагах являются волк, рысь, кабан, олень, косуля, зубр, зайцы. Нимфы кормятся, в основном, на еже, белке, зайце, желтогорлой, лесной, полевой мышках, рыжей и водяной полевках. Прокормителями личинок являются мелкие мышевидные грызуны, а также белка обыкновенная и бурозубка. В антропогенных

ческих очагах домашние животные выступают как дополнительная кормовая база для клещей, причем имаго клещей прокармливаются, в основном, на крупном рогатом скоте. В таких очагах наблюдалось увеличение численности клещей в 3,8 раз, а их зараженность вирусом КЭ достигала до 54% (Савицкий, 1963, 1972). В те годы считалось, что из трансмиссивных вирусных инфекций иксодовые клещи являются резервуарами и переносчиками только КЭ. Заболеваемость КЭ за период с 1993 по 1998 год составила 213 случаев или 4,3 на 100 тыс. населения (Вотяков и др., 1999).

II этап (конец 90-х годов XX - первое 10-летие XXI столетия). Было установлено, что, кроме вируса клещевого энцефалита, клещи *I. ricinus* являются носителями клещевого боррелиоза (КБ). Первый случай КБ был описан у жительницы Брестской области в 1994 году, а в 1996 г. из клещей был выделен возбудитель (*Borrelia afzelii*) (Трофимов и др., 1997). Дальнейшими исследованиями было показано, что КБ широко распространен по всей территории Беловежской пуши. Так, по данным Брестского ОблЦГЭиОЗ на протяжении последних лет наблюдается значительное увеличение числа заболеваний Лайм-боррелиозом. Это объясняется и увеличением периода активности клещей (зарегистрированы случаи укусов поздней осенью и даже в декабре месяце в 2011 г.), ростом их численности и зараженности. Установлено, что численность клещей, собранных на территории Беловежской пуши, значительно превышает таковую по Брестской области: например, в сезон 2011 г. число клещей на флаго/км в среднем по области составляло 4,71 экземпляров на флаго/км, а на территориях Каменецкого и Пружанского районов (приписные к Беловежской пуше зоны), этот показатель был соответственно 9,4 и 13,1 экз., на флаго/км, т.е., выше соответственно в 1,9-2,8 раза. В целом по области в 2010 г. от укусов клещами пострадало 4648 человек, в 2011 г. эта цифра возросла до 4858.

Оценка эпидемической опасности территории Беловежской пуши показала более высокую зараженность клещей ЛБ по сравнению с аналогичными показателями в целом по области. Зараженность боррелиями клещей, снятых с населения, составила в 2010 г по Брестской области 27,9%, что значительно ниже, чем в Каменецком (45,8%) и Пружанском (33,9%) районах. В 2011 г. эти цифры составили соответственно 33,6; 50,0% и 47,3%). доминирующим видом клещей, снятых с населения, является *I. ricinus*, при этом бактериофорность этого вида клещей была выше (34,35%), чем *D. reticulatus* (24,87%). Отмечен постоянный рост зараженности клещей боррелиями: если в 2005 г. показатель зараженности клещей, снятых с людей, составил 7,7%, в 2008 году – 21,4%, то в 2011 году он был на уровне 34,4% (рост в 4,5 раза).

Одновременно проводилось изучение клещей на зараженность вирусом КЭ. Установлено, что в 2010 г. вирусофорность *I. ricinus*, собранных с природы, составила – 6,8%, в 2011 – 19,3 % (рост на 12,5%). Показано также, что инфицирование клещей боррелиями в несколько раз превышает таковую вирусом КЭ. Так, в 2010 г. в Каменецком районе вирусофорность клещей составляла 3,2%, в Пружанском 5,6%, а в целом по области 6,8%, в то время как бактериоформность по Брестской области составила 27,7% (выше в 4,1 раза). На основании этих данных был сделан вывод, что Беловежская пуша представляет собой разлитой очаг смешанной вирусно-бактериальной инфекции (КЭ+ЛБ). При этом отмечена выраженная тенденция к росту количества зараженных клещей возбудителями ЛБ и КЭ из года в год. При этом отмечается высокая бактериофорность *D. reticulatus*, который ранее считался не эпидемически значимым видом. Наблюдается также тенденция к дальнейшему росту зараженности клещей, снятых с населения, что объясняется повышенной агрессивностью инфицированных особей клещей по сравнению с незараженными особями (Алексеев и др., 2008). В заключение следует отметить, что все исследования с клещами выполнены методом не прямой РИФ.

III этап (с 2009 г. по настоящее время). Характеризуется внедрением метода ПЦР, который позволяет индивидуальное исследование клещей на все содержащиеся в них патогенные агенты. Исследование 116 клещей, собранных в Брестской области, показало, что иксодовые клещи Беларуси могут быть резервуарами и переносчиками не только КЭ и ЛБ, но и других возбудителей бактериальной и протозойной природы, далеких в эволюционном отношении. Более того, один клещ может быть переносчиком одновременно нескольких возбудителей инфекций, и этот факт является не исключе-

нием, а нормой (Коренберг, 2007).

Республиканским научно-практическим центром эпидемиологии и микробиологии при индивидуальном исследовании 82 особей *I. ricinus* и *D. reticulatus*, собранных в Каменецком и Пружанском районах (территория Беловежской пуши), установлено, что 46,3% клещей содержали патогенные для человека агенты, из них:

а) 23 клеща содержали *Rickettsia* из группы пятнистой лихорадки, которые у человека вызывают лихорадочное заболевание;

б) 16 клещей содержали 3 вида боррелий, патогенных для человека (*Borrelia afzelii*, *B. garinii*, *B. burgdorferi sensu stricto*), вызывающих развитие Лайм-боррелиоза, преимущественно эритемной формы;

б) 12 клещей содержали *Anaplasma phagocytophilus*, являющейся возбудителем гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ); в 1999 г. ГАЧ описан в Беларуси как новая нозоформа (Мишаева и др., 2000);

в) в 3 клещах выявлено 2 вида *Babesia* (*B. microti* и *B. divergens*), вызывающие у человека бабезиоз.

Кроме того, из клещей, собранных в Беловежской пуше в предыдущие годы и исследованных индивидуально, выявлены возбудители лихорадки Ку, туляремии и бартенеллеза, а в пуле клещей (8 экз.), отловленных в Пружанском районе, выявлены эрлихии – возбудители моноцитарного эрлихиоза человека. Особый интерес представляют клещи (2,5%), в организме которых выявлены по 2-3 возбудителя (риккетсии + боррелии, боррелии + анаплазмы, боррелии + вирус КЭ, 2 вида боррелий + анаплазма). Известно, что при присасывании к человеку таких мультиинфицированных клещей заболевание протекает более тяжело (Протас и др., 2001).

Заключение. Широкое распространение носительства клещами вирусных, бактериальных и протозойных возбудителей инфекций, патогенных для человека, указывают на необходимость проведения комплексных исследований территорий, активно посещаемых населением и туристами, и разработки мер профилактики клещевых моно- и микст-инфекций.

90 ЛЕТ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ДЕЛА В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Морозов А.В.

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН (Москва, Россия)

В 2012 года санаторно-курортному комплексу Министерства обороны Российской Федерации исполнилось 90 лет.

Первые военные санатории, носившие первоначально название военно-курортных станций, были созданы приказом Наркомздрава Республики (по военному ведомству) от 12 мая 1922 г. В сентябре 1922 г. приказом Реввоенсовета Республики и Наркомздрава были введены штаты военно-курортных станций на Кавказе с отделениями в Пятигорске (на 300 коек), в Ессентуках и Кисловодске (на 150 коек каждое). Это были учреждения, работавшие исключительно с военнослужащими и только в летний период, они имели слабую материально-техническую базу и использовали для лечения только усиленное питание и медикаменты. Несмотря на это, их популярность росла с каждым годом, ежегодно увеличивалось не только число пациентов, но и количество здравниц. Уже к 1925 году военно-курортные станции работали не только на Кавказе, но и в Крыму.

Развитие здравниц продолжалось, несмотря на экономические трудности в стране. При этом курортные факторы постепенно становились ведущими в комплексном лечении больных. В 1931 г. военно-курортные станции были переименованы в санатории РККА. К началу Великой Отечественной войны Народный Комиссариат Обороны СССР располагал более 30 санаториями и домами отдыха на 7 тыс. коек, хорошо оснащенных медицинской аппаратурой и современным оборудованием, укомплекто-

ванных квалифицированными кадрами.

С началом Великой Отечественной войны работа санаториев была перестроена в соответствии с потребностями военного времени. По мере приближения фронтов они были либо реорганизованы в эвакуогоспитали и госпитали-санатории, либо эвакуированы в тыл страны. Сотни тысяч раненых были возвращены ими в строй. Только в санаториях Сочинского курорта восстановили свое здоровье и вернулись на фронт около полумиллиона раненых бойцов, а три военные здравницы КавМинВод поставили в строй более 35 тысяч раненых военнослужащих.

В послевоенные годы появились десятки новых здравниц, в том числе за пределами страны, в зоне дислокации Советских войск в Восточной Европе. В пятидесятые годы прошлого века вошли в строй Цхалтубский военный санаторий, санатории «Сухуми» (МВО), Евпаторийский (ПВО), Лепельский (БВО), дом отдыха «Дивноморское» (ЧФ) и др. В шестидесятые годы в список военных здравниц вошли центральные военные санатории «Хмельник», «Фрунзенское» (РВСН), «Слободка» (МВО), «Чемито-квадже». Активно развивались военные санатории КавМинВод, дом отдыха «Подмосковье», Океанский и многие другие. К середине семидесятых годов ресурсы санаториев превысили рубеж 30 тыс. коек. Большой популярностью пользовался семейный отдых. Уже к 1985 г. ежегодно в санаториях и домах отдыха вместе с родителями отдыхало до 40 тыс. детей. Практически были ликвидированы многоместные палаты без бытовых удобств.

В период боевых действий ограниченного контингента Советских войск в Афганистане в Вооруженных Силах начала формироваться система реабилитационных мероприятий. На базе ряда военных санаториев (Сочинского им. К.Е.Ворошилова, Пятигорского и Сакского) были созданы отделения и центры медицинской реабилитации. Всего за 10 лет Афганской войны через санаторный этап медицинской реабилитации прошло более 26 тыс. раненых и больных.

Чеченские события также оставили свой след в истории военных здравниц. Отделения реабилитации санаториев КавМинВод восстановили здоровье тысячи раненых и больных военнослужащих. Были четко разделены функции между санаторными учреждениями видового и окружного звена, которым ставилась задача организации профилактического лечения и отдыха военных специалистов и центрального – которому было определено развитие специализированной медицинской помощи и реабилитации. Накануне распада СССР Министерство обороны имело в своем составе 89 санаторно-курортных учреждений почти на 36 тыс. коек, с годовым лимитом путевок 470 тыс.

С распадом Советского Союза около 60% санаторно-курортных учреждений перешли под юрисдикцию новых независимых государств, прежде всего Украины. Особенно ощутима была для Вооруженных Сил новой России потеря 17 военных санаториев и домов отдыха (на 10,6 тыс. коек), расположенных в Крыму. Для санаторно-курортного обеспечения Российской Армии осталось всего 37 санаторно-курортных учреждений на 14,4 тыс. коек. Тщательный анализ ситуации и оставшихся природных лечебных ресурсов, четкое планирование работы позволили не только не допустить развала санаторно-курортной системы, но и осуществить ряд важных мероприятий по дальнейшему развитию сети военных здравниц.

В период с 1991-2010 гг. удалось создать шесть новых здравниц на 2 тыс. коек (санаторий «Лазурный берег» и дом отдыха «Космодром» (Космических сил), санатории «Золотой берег» (РВСН), «Десантник» (ВДВ), «Гагра» 12 ГУ, дома отдыха «Баргузин» (СибВО), «Фрегат» (СКВО), «Пахра» ГРУ), а также увеличить коечную емкость имеющихся санаториев более чем на 2 тыс. мест (Ессентукский, Светлогорский, «Дивноморское», «Волга», Пятигорский детский и др.). За время своего существования военные здравницы превратились в мощную индустрию здоровья, сформировались в систему санаторно-курортного обеспечения, ставшую неотъемлемой частью медицинского обеспечения армии и флота.

Развитие санаторно-курортной системы продолжается. В 2010 г. в структуре Минобороны России создан Департамент по санаторно-курортному обеспечению Министерства обороны Российской Федерации. Принятие решения по созданию центрального органа военного управления, который будет заниматься только вопросами

санаторно-курортного обеспечения, свидетельствует о высокой значимости данного направления в деятельности Минобороны России. Департаменту, который подчиняется непосредственно Министру обороны Российской Федерации, переподчинены все санатории, дома отдыха, базы активного отдыха Минобороны России.

В целях совершенствования системы управления и оптимизации деятельности санаторно-курортных учреждений система санаторно-курортного обеспечения в настоящее время организована на базе 9 санаторно-курортных комплексов (Западный, Приволжский, Южный, Читинский, Подмосковье, Северокавказский, Анапский, Дальневосточный и Сочинский), а также 2 отдельных санаториев в Калининграде и Ялте. Общая штатная численность составляет 22 523 койко-места, куда входят вышеуказанные санаторно-курортные учреждения, дома и базы отдыха. Созданная система позволяет системно и гибко обеспечить граждан необходимыми видами лечения, оздоровления, а также активного отдыха.

В целях улучшения информированности военнослужащих, военных пенсионеров и членов их семей, лиц гражданского персонала Вооруженных Сил Российской Федерации о наличии путевок в военные санатории и дома отдыха Минобороны России в Департаменте открыт телефон «горячей линии», где квалифицированные сотрудники ответят на все интересующие вопросы граждан. Необходимая информация по санаторно-курортному обеспечению военных пенсионеров и членов их семей, лиц гражданского персонала Вооруженных Сил Российской Федерации размещена также на официальном сайте Министерства обороны Российской Федерации.

За годы своего недолгого, в историческом плане, существования в санаторно-курортных учреждениях пролечилось и отдохнуло свыше 22 млн. военнослужащих, ветеранов военной службы, членов их семей и многих других граждан СССР и России. Творческий подход к управлению военными здравницами позволяет им в условиях ограниченного бюджетного финансирования не только сохранять должное качество лечения и отдыха, но и развивать санаторно-курортные учреждения.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ВОДОСНАБЖЕНИЯ АНГЛИЙСКИХ ВОЙСК В ПЕРИОД I-й МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Мошник К.В., Самохин Д.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Войска в любых условиях их деятельности должны снабжаться достаточным количеством доброкачественной воды для удовлетворения физиолого-гигиенических, хозяйственно-бытовых и технических нужд. В 1909 г. в английской армии была создана специальная комиссия, которая, помимо прочих функций, занялась изучением влияния качества питания и водоснабжения на здоровье военнослужащих на основании опыта прошедших войн.

Особое внимание обеспечению английских войск доброкачественной водой в полевых условиях стало уделяться после южно-африканской войны 1901 г. До 1908 г. англичане строили подвижные водоочистительные установки, предусматривавшие предварительную очистку воды от взвешенных частиц с помощью спрессованных губок с последующей фильтрацией через глиняные свечи. Однако губки пропускали тончайшую муть, засорявшую свечи, а сами свечи быстро ломались. С целью лучшей очистки воды от взвешенных частиц были внедрены водоочистительные аппараты (цилиндры Горрокса), очищавшие воду с помощью квасцов; стерилизация воды производилась хлорной известью.

К началу I мировой войны были созданы подвижная водоочистительная установка на одноосной двуколке, известная под названием «Марка I», и портативный ящик с укладкой для очистки воды. Во время войны были разработаны установки «Марка VI» и «Марка VII». Последняя использовалась также в послевоенное время и была описана в наставлении по военной гигиене и санитарии в 1935 году. Данные ус-

тановки включали бочкообразный сосуд для воды емкостью до 0,5 м³, 2 небольших водоочистителя стандартного типа и 2 насоса. Очистка воды производилась с помощью хлорной извести из расчета 1 мг хлора на 1 л воды, но если вода содержала органические взвеси, то количество хлора увеличивали до тех пор, пока следы его не обнаруживались в воде после получасового отстаивания. Определение хлора производили раствором йодистого натрия и крахмала. В водоочистительной установке «Марка VII» для наполнения бочки объемом 110 галлонов (0,5 м³) водой требовалось 20-30 минут, затем 30 минут продолжалось хлорирование. Хлорную известь, взятую в необходимом количестве, смешивали с водой до консистенции эмульсии, а затем вливали в бочку, дно которой было покрыто водой.

В арсенал войсковых средств очистки и обеззараживания воды входили также другие установки, краткое описание которых приведено ниже.

Вьючный фильтр был разработан в последней стадии окопной войны французским инженером М. Дерюмо, который использовал кремний в качестве фильтрующей среды. Фильтр состоял из 2 цилиндрических сосудов, монтируемых один выше другого на складной подставке. Верхний сосуд емкостью 55 литров, соединялся с нижним с помощью крана. Во время наполнения водой верхнего сосуда в него добавляли раствор квасцов и необходимое количество хлорной извести; затем вода попадала на фильтр в нижний сосуд. Фильтр работал под низким давлением (5 см водяного столба); на прохождение воды через всю систему требовалось около 4 минут. Производительность вьючного фильтра 230 л/час.

Ранцевый фильтр сконструирован по типу вьючного фильтра. Верхний сосуд изготавливался из мягкой ткани; в нем производились коагуляция, хлорирование, а затем отстаивание воды 10-20 минут. После этого вода поступала в нижний сосуд с фильтром. Производительность фильтра 90 л/час.

Тепловые стерилизаторы. Наиболее удачным из множества стерилизаторов воды был аппарат «Гриффит», созданный на основе предположения, что все находящиеся в воде микробы гибнут при нагревании ее до 81°С в течение 1 минуты. Размер, вес и ограниченная подвижность сделали аппараты такого типа стационарными. К этим стерилизаторам требовались хорошие насосы и приспособления для удаления взвешенных частиц.

Подвижная установка «хлор-пермутит». В этой установке непрерывная очистка и обеззараживание воды осуществлялись в объеме 1800 л/час. Очистка воды производилась через песчаный фильтр под давлением, обеззараживание – с помощью хлорной извести. Избыток активного хлора удалялся смесью двусернистого натрия и сернистого железа, а в случае избытка последнего – марганцовым пермутитом.

Подвижная водная автоустановка производительностью 5500-8000 л/час была смонтирована на шасси грузового автомобиля. Обезвреживание воды в ней производилось с помощью постоянной дозы газообразного хлора, контролируемой специальным устройством. Дехлорация осуществлялась с применением SO₂.

Автоустановка для обезвреживания отравленной воды и ее стерилизации была разработана по принципу превращения растворимых ядов (цианидов, соединений мышьяка, солей металлов, таких как сернистая медь, уксуснокислый свинец и др.) в нерастворимые соединения с последующим отфильтровыванием их из воды. Производительность установки составляла 1800 литров воды в час.

Еще до объявления войны военное министерство Англии подробно изучило геологические условия и наличие источников водоснабжения на юге Англии и в соседних регионах континента. Было установлено, что во Фландрии до горного хребта, отделяющего ее от Франции, известковый слой не имеет воды, а вода, находящаяся ниже его, непригодна для питья. Поэтому войска могли использовать лишь поверхностные воды, воды из каналов, прудов, канав или колодцев, и только в редких случаях из родников. Такая вода считалась постоянно загрязненной микробами, поэтому было очевидно, что во многих случаях вода потребует очистки и во всех случаях – стерилизации. В соответствии с этим все военные врачи получили указание, утверждавшее, что самый быстрый и надежный способ стерилизации воды – обработка ее хлорной известью из расчета, что 1,5 г хлорной извести, содержащей 30% активного хлора, достаточно для стерилизации 450 л (100 галлонов) чистой воды в течение ½ часа. Для

хлорирования мутной воды рекомендовалась ее предварительная очистка с помощью квасцов (0,19 г на 1 л).

Хлорная известь первоначально поставлялась в войска в обычной упаковке. Позднее, для удобства использования хлорная известь была выпущена в банках по 125 г; к крышке каждой банки прилагалась ложка на 1,5 г извести.

В это же время был разработан ящик с набором для определения дозы хлора. Набор состоял из градуированной пипетки, стандартной ложки, одной чашки емкостью 250 см³, 6 чашек по 187 см³ и стандартного раствора йодистого цинка и крахмала. В чашке емкостью 250 см³ растворялась одна ложка хлорной извести. В другие чашки наливали испытуемую воду. Пипетка была отградуирована таким образом, что одна капля хлорного раствора, опущенная в стакан с водой, давала 1 часть активного хлора на 1000000 частей воды, что соответствовало содержанию ложки и 500 л воды. Такая простая методика была усвоена солдатами полков, назначенными для работы по водоснабжению. Позднее был разработан ящик с более усовершенствованной укладкой и подробной инструкцией по ее применению.

Развитие водоснабжения в течение войны. В первый год войны английская армия была сравнительно малочисленной. Все работы по обеспечению войск водой и ее стерилизации проводили инженерные роты под руководством санитарной службы дивизии. Военные врачи и санитарный персонал лишь контролировали качество стерилизации. Руководство водоснабжением осуществлял главный штаб английских войск, находившихся во Франции. Он назначал в каждый корпус офицера по водоснабжению, армейские роты по водоснабжению и возлагал на армейского инженера утверждение схем обеспечения водой.

С технической точки зрения, главная идея системы обеспечения водой заключалась в образовании «первичных водных пунктов», по мере возможности, ближе к линии действий войск. Суть идеи сводилась к следующему: передовая насосная станция засасывала воду из какого-либо тылового водоисточника и подавала ее вперед по трубам, иногда до линии окопов, в первичный водный пункт, состоящий из тканевого резервуара, установленного на земле вблизи от дороги; отсюда вода могла быть перекачана в автоцистерны и перевезена в водоразборный пункт для перелива в конные водоустановки войсковых частей. В тех случаях, когда рота производила очистку водоисточника и налаживала водопроводную линию в районы, занятые ранее противником, первичный водный пункт мог быть образован из автомобильных водоочистительных установок. В других случаях автомобильные водоочистительные установки передавали свою воду в автоцистерны, а из них вода подавалась вперед по трубам до войсковых частей.

На водоочистительные установки возлагалась задача обработки воды, непригодной к употреблению без очистки и стерилизации. Это требовалось там, где запасы воды были недостаточны.

К третьему году войны служба водоснабжения усилилась двумя специальными ротами, прибывшими из Англии с большим количеством автомобильных водоочистительных установок и автоцистерн на одно- и двухтонных машинах. 12 апреля 1916 г. во Францию прибыла рота №1, выполнившая серьезную работу по водоснабжению войск во время их концентрации в районе Соммы.

Водные роты использовались, главным образом, в районах концентрации войск, в только что взятых у противника новых районах, в безводных или болотистых местностях. Рота №1 с середины 1916 г. по 11 ноября 1918 г. очистила 25000000 литров воды и перевезла 16000000 литров. Кроме работ по очистке и перевозке воды, водные роты проводили обследование водоисточников и анализ воды в занимаемых районах; осуществляли надзор за водоснабжением, а на отвоеванной у немцев территории обследовали водоисточники на предмет возможного их химического заражения.

Подводя итог изложенному, можно сделать следующие выводы:

1. Обеззараживание воды хлорной известью в водоочистительных установках под контролем, осуществлявшимся с помощью пробных ящиков, оказалось возможным и достаточно эффективным.

2. В стационарной или окопной войне малый или выюнный фильтры могли обеспечить дополнительную защиту против заболеваний, передававшихся водным путем,

поскольку такие фильтры в случае необходимости могли быть установлены в самих окопах.

3. Водные колонны, оснащенные автомобильными водоочистительными установками, обеззараживавшими воду газообразным хлором, были особенно эффективны во время продвижения в районы, освобожденные от противника, и оказались в состоянии дать воду войсковым частям в течение короткого времени после захвата территории, пока инженерные войска прокладывали водопроводные линии.

4. Учреждение постоянных комиссий по водоснабжению при главном штабе и при каждой армии оказалось наиболее целесообразным с точки зрения общего наблюдения и контроля водоснабжения войск.

АРТИФИЦИАЛЬНЫЕ АБОРТЫ КАК ФАКТОР «РИСКА» РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В 1944-1994 годы

Наумов И.А., Тищенко Е.М., Лискович В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Воспалительные заболевания женских половых органов (далее – ВЗЖПО) занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии: их удельный вес превышает 55%, причем, в последние годы в нашей стране, как и во всем мире, регистрируется постоянный рост заболеваемости. Значительно влияние воспалительных процессов, как на состояние репродуктивной функции (10-15% из таких женщин страдают бесплодием), так и на перинатальные исходы. Поэтому изучение факторов «риска» возникновения этой патологии является актуальным для дальнейшей разработки организационных мероприятий по повышению качества медицинской помощи.

Цель исследования: изучить роль искусственных абортов в развитии ВЗЖПО в 1944-1994 годы.

Материал и методы: изучены данные первичной статистической отчетности организаций здравоохранения Гродненской области по оказанию акушерско-гинекологической помощи в 1944-1994 годы.

Результаты. Проведенное изучение причин первичного обращения в женские консультации позволило установить, что в 1944-1994 гг. искусственное прерывание беременности являлось одним из ведущих медико-социальных факторов «риска» возникновения ВЗЖПО.

Так, $10,37 \pm 2,42\%$ женщин, у которых были впоследствии выявлены ВЗЖПО, обратились впервые за получением направления на искусственный аборт, выполнение которых Постановлением ЦИК и СНК «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах» было законодательно ограничено еще в 1936 г. Так, в пункт 140 Кодекса законов о браке, семье и опеке, измененного в соответствии с данным Постановлением ЦИК и СНК, гласил: «Производство абортов в больнице или родильном доме, кроме случаев, когда продолжение беременности представляет угрозу жизни или грозит тяжелым ущербом здоровью беременной женщины, а равно при наличии передающихся по наследству тяжелых заболеваний родителей, - влечет для производящего аборт врача тюремное заключение на срок от одного года до двух лет. Производство абортов вне больниц или родильных домов, во всех случаях, влечет для производящего аборт врача то же наказание. Производство абортов в антисанитарной обстановке или лицами, не имеющими специального медицинского образования, влечет тюремное заключение на срок не ниже трех лет. Понуждение женщины к производству аборта влечет тюремное заключение на срок до двух лет. Производство аборта, кроме случаев, когда

это разрешается законом, влечет для самой беременной женщины в первый раз - общественное порицание, а при повторном нарушении - штраф до 300 рублей».

Тем не менее, несмотря на существовавшие ограничения, в послевоенный период количество аборт в Гродненской области, выполненных как в ОЗ, так и вне учреждений АГС было весьма значительным. Так, в 1946 г. в регионе (в существовавших в этот период административных границах) было зарегистрировано 1626 абортов.

Следует отметить, что, несмотря на действовавшие нормы запретительного характера, на протяжении 1940-1950 гг. в Гродненской области количество как искусственных («разрешенных») абортов, так и внебольничных и «криминальных» прерываний беременности постоянно увеличивалось. Так, в 1953 г. по области было зарегистрировано 3943 внебольничных аборта, в том числе - 350 криминальных абортов (8,8% к общему числу внебольничных абортов). Все материалы по случаям криминальных абортов из ОЗ передавались в органы прокуратуры для расследования и привлечения виновных к уголовной ответственности.

Однако даже, несмотря на издание приказов МЗ СССР от 30.06.1950 г. №543 «Мероприятия по снижению абортов в СССР» и от 11.11.1952 г. №1015 «О серьезных нарушениях акушерско-гинекологическими учреждениями проведения борьбы с преступными абортами», а также принятие Указа Президиума Верховного Совета СССР от 05.08.1954 г., предусматривавшего прекращение уголовного преследования женщин за выполнение абортов, но сохранявшего «уголовную ответственность лиц, производящих незаконные аборты, и лиц, понуждающих женщин к производству аборта», рост числа внебольничных прерываний беременности в регионе продолжался.

Не позволило стабилизировать ситуацию и принятие Указа Президиума Верховного Совета СССР от 23.11.1955 г., которым женщинам было предоставлено право принятия самостоятельного решения об искусственном прерывании беременности в сроки до 12 недель. В этом документе, в частности, отмечалось, что «проводимые Советским государством мероприятия по поощрению материнства и охране детства и непрерывный рост сознательности и культурности женщин, активно участвующих во всех областях народнохозяйственной жизни страны, позволяют в настоящее время отказаться от запрещения абортов в законодательном порядке. Снижение числа абортов может быть впредь обеспечено путем дальнейшего расширения государственных мер поощрения материнства, а также мер воспитательного и разъяснительного характера. Отмена запрещения абортов также даст возможность устранить большой вред, причиняемый здоровью женщины абортами, производимыми вне лечебных учреждений и часто невежественными лицами».

Данный Указ допускал «производство операции искусственного прерывания беременности ... только в больницах и других лечебных учреждениях согласно инструкции Министра здравоохранения СССР», а также сохранял «установленную уголовную ответственность как врачей, так и лиц, не имеющих специального медицинского образования, производящих аборты вне больниц или других лечебных учреждений».

Однако в Гродненской области в рассматриваемый период предусмотренные данным Указом условия все еще отсутствовали. Так, например, из-за наличия очередей пациентки в гинекологические стационары госпитализировались для проведения абортов только через 5–6 недель со дня обращения вместо предусмотренных 10-ти дней. Причинами этого, являлись, во-первых, недостаток мест в гинекологических стационарах, во-вторых, недостаточная пропаганда средств контрацепции, в-третьих, неэффективность этих средств.

Более того, отмена запретов на выполнение абортов привела к резкому увеличению их распространенности, которая в 1954-1964 гг. увеличилась в 3,5 раза (рисунок). Причем, наиболее высоким был уровень абортов в г. Гродно, Лидском, Новогрудском и Вороновском районах, что свидетельствовало о серьезных недостатках в организации работы по формированию здорового образа жизни.

Основным методом производства абортов в 1954-1964 гг. было выскабливание полости матки (выраженный фактор «риска» развития эндометрита. Причем, в 1964 г. учреждениях АГС имелись только 2 вакуум-аспиратора для выполнения операции аборта (Гродненский роддом и Свислочская ЦРБ). Выписка из стационара после выскабливания полости матки производилась в основном на 2-3 сутки, профилактическое

лечение практически не назначалось, не рекомендовались контрольные осмотры врачами акушерами-гинекологами, что являлось одной из причин высокой частоты – $68,12 \pm 3,74\%$ - возникновения ВЗЖПО после прерывания беременности.

В рассматриваемый период вследствие высокой частоты искусственных абортов, в том числе в 1954–1964 гг. – внебольничных и криминальных, а также несовершенства методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации острых форм патологии, уровень показателя общей заболеваемости ВЗЖПО достиг 71,2 на 10000 населения в 1994 г., причем, темпы прироста показателя были весьма значительными, превышая 25% в 1964–1984 гг.

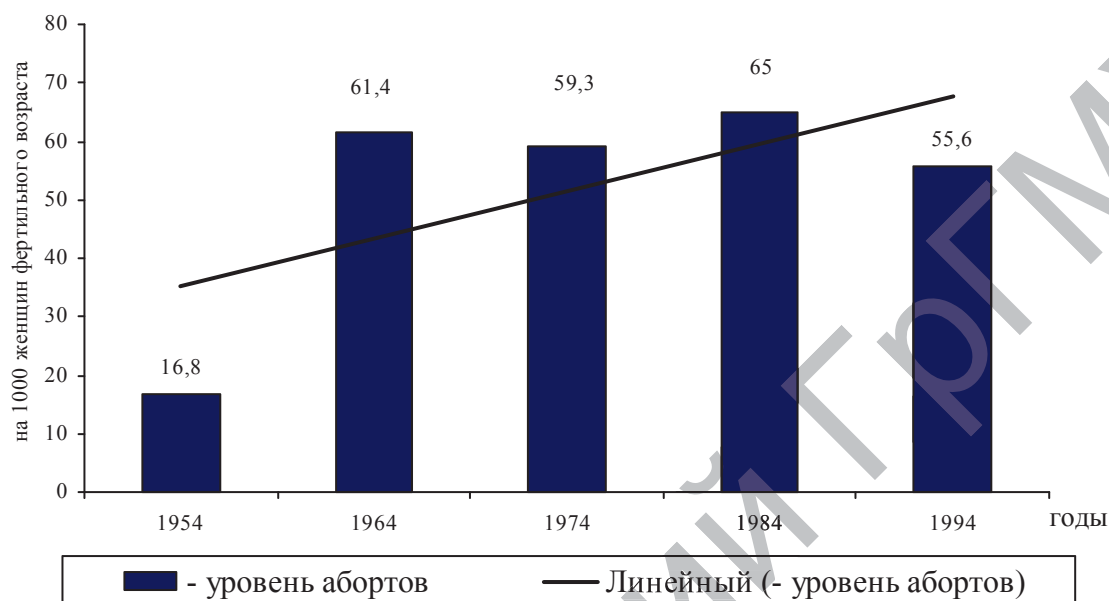


Рисунок – Распространенность абортов в Гродненской области в 1954-1994 гг.

Тем не менее, к середине 1970-х гг., несмотря высокий уровень распространенности абортов, в том числе внебольничных, удалось значительно уменьшить уровень первичной заболеваемости послеабортными метроэндометритами. Это стало следствием совершенствования методов лечения данной патологии, в первую очередь, применение более адекватной антибиотикотерапии (далее – АБТ), что позволяло в значительном числе случаев сохранять репродуктивную функцию у пациенток, препятствовало формированию резистентных к антибиотикам форм микроорганизмов, снижало «риск» рецидивирующего течения заболеваний и оперативных вмешательств [1]. Причем, показано, что фертильность возрастала при более раннем начале АБТ (в течение 48 ч. от возникновения симптомов) [2]. Кроме того, совершенствование методов АБТ позволило добиться уменьшения смертности от сепсиса после абортов до единичных случаев (в 1993 г. в области был зарегистрирован 1 случай смерти от общего сепсиса после аборта, в 1994 году – 0).

Таким образом, в 1944-1994 гг. аборты являлись выраженным фактором «риска» развития ВЗЖПО.

Литература.

1. Невынашивание беременности: пособие для врачей / Кира Е.Ф. [и др.]; под ред. Е.Ф. Кира. – СПб., 1999. – 60 с.
2. Klein, L.L. Use of microbial cultures and antibiotics in the prevention of infection-associated preterm birth / L.L. Klein, R.S. Gibbs // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2004. – Vol. 190. – P. 1493–1502.

РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ГЕНЕЗЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В 1944-1994 годы

Наумов И.А., Тищенко Е.М., Новицкая В.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проблема воспалительных заболеваний женских половых органов (далее – ВЗЖПО) на протяжении многих лет остается одной из наиболее актуальных в клинической практике в связи с их высокой частотой, несмотря на имеющиеся успехи в профилактике, диагностике и лечении.

ВЗЖПО оказывают негативное влияние на состояние репродуктивного здоровья женщины, ее способность к рождению здорового ребенка. Поэтому совершенствование организации оказания медицинской помощи пациенткам с данной патологией – одна из важнейших задач современного здравоохранения, от решения которой зависит прогноз социально-экономического развития общества.

Цель исследования: изучить роль ВЗЖПО в генезе осложнений беременности и родов в 1944-1995 годы.

Материал и методы: изучены данные первичной статистической отчетности организаций здравоохранения Гродненской области по оказанию акушерско-гинекологической помощи в 1944-1994 годы.

Результаты. Установлено, что ВЗЖПО на протяжении всего рассматриваемого периода играли важную роль в процессе репродукции, и во многом определяли исходы беременности. Однако изучение первичной обращаемости в ЖК по поводу ВЗЖПО в рассматриваемый период позволило установить, что их роль в неблагоприятном исходе беременности и родов в значительной мере недооценивалась.

Так, на протяжении многих лет в медицинской науке и практике общепринятым было представление о том, что «сохраняющаяся беременность, благодаря значительному при этом кровенаполнению тазовых органов, часто приводит к излечению воспалительного процесса» [2], «негнойные хронические воспалительные процессы труб во время беременности обычно хорошо рассасываются ... под влиянием гиперемии тазовых органов, сопровождающей беременность. Однако на протяжении беременности, особенно первой ее половины, аднекситы и периаднекситы вызывают ноющие длительные боли внизу живота. В таких случаях назначают: согревающие компрессы (не грелки), хлористый кальций в клизмочках и в вену, аутогемотерапию или инъекции плацентарной крови, сульфамиды, пенициллин ... и обязательное ношение бандажа» [2].

Ситуацию усугубляла также низкая техническая оснащенность учреждений акушерско-гинекологической службы, что на протяжении 1940-1980-х гг. не позволяло расширить спектр выявленных возбудителей инфекционно-воспалительного процесса гениталий. Так, наиболее частым ВЗЖПО у беременных являлся вагинальный кандидоз (далее – ВК), его доля составила $45,67 \pm 5,19\%$, причем, первый эпизод ВК у $32,69 \pm 4,68\%$ женщин был выявлен именно во время беременности. Наибольшая частота поражения ВК зарегистрирована в третьем триместре ($69,23 \pm 5,26\%$) и у первородящих ($57,49 \pm 6,38\%$).

Вторыми по частоте встречаемости были неспецифические инфекционные воспалительные заболевания (далее – НИВЗ) – $43,12 \pm 3,71\%$. Доля специфических заболеваний (гонорея и трихомониаз) и бактериального вагиноза не превышала 2%. Следует, однако, отметить, что в 1954 году доля гонорейных вагинитов у беременных составляла почти 5%.

Тем не менее, показатель заболеваемости угрозой прерывания беременности определялся высоким уровнем инфицированности нижних половых путей у беременных, что приводило к постоянному увеличению количества самопроизвольных выкидышей: в 1964-1974 гг. и в 1974-1984 гг. темп роста и темп прироста показателя составляли 161% и 61% соответственно. Причем, в Гродненском, Новогрудском, Остро-

вещком и Щучинском районах темп роста и темп прироста значительно превышали среднеобластной показатель.

В процессе исследований была выявлена выраженная прямая корреляционная связь между уровнем впервые выявленных ВЗЖПО и количеством преждевременных родов [$r=0,7269$], доля которых в структуре родов по области в 1984 г. достигла максимального значения – $4,31\pm0,37\%$ (наиболее высокий удельный вес регистрировался в Лидском – $5,74\pm0,57\%$ и Кореличском районах – $5,3\pm0,46\%$, а также г. Гродно – $5,23\pm1,02\%$).

Учитывая неблагоприятную ситуацию, сложившуюся в области с невынашиванием беременности (далее – НБ), в 1970-е годы в роддомах г. Гродно, Слонима, Новогрудка, а также в Лидской, Волковысской, Сморгонской, Мостовской, Вороновской и Щучинской ЦРБ были выделены палаты или организованы отделения патологии беременности. В 13 женских консультациях (далее – ЖК) области и ЖК №1 г. Гродно были организованы кабинеты (приемы) по профилактике НБ, на 01.01.1975 года были подготовлены 9 врачей по профилактике НБ. Тем не менее, все еще оставалось существенной проблемой недостаточная техническая оснащенность ЖК: в 1974 году только 11 ЖК были оснащены кольпоскопами.

В 1974-1994 гг. доля пациенток с ВЗЖПО в структуре состоявших под диспансерным наблюдением во внебеременном состоянии пациенток в кабинетах по профилактике НБ увеличилась с 26,8% до 41,8% ($p<0,05$), высокой была доля беременных, получавших противовоспалительное лечение – более 50%.

В 1954-1994 гг. почти 30% пациенток поступали в гинекологические стационары по поводу самопроизвольного прерывания беременности или угрозы прерывания в сроки до 28 недель. В связи с этим были изучены медико-социальные характеристики и роль ВЗЖПО как фактора НБ среди таких пациенток, находившихся в активном репродуктивном возрасте ($27,52\pm1,43$ года) и пролеченных в гинекологическом отделении Гродненского роддома в 1983 г. ($n=374$).

Установлено, что анамнез был отягощен у 29,94% и 11,49% женщин обеих подгрупп ($p<0,05$), в том числе в виде новообразований половых органов и гиперпластических процессов молочных желез – 37,43% и 8,55% пациенток соответственно ($p<0,05$), и эндокринопатий – 42,51% и 5,3% ($p<0,05$). Установлены прямые выраженные корреляционные связи между неблагоприятным исходом беременности и наличием у пациенток гормональнозависимых заболеваний половых органов [$r=0,7984$], а также наличием дисфункций щитовидной железы [$r=0,7639$].

Анализ становления менструальной функции выявил, что ее нарушения менструального цикла наблюдались у 53,2% пациенток, что явилось значимым фактором НБ [$r=0,7496$]. Более половины женщин (57,48%) с самопроизвольным выкидышем страдали олигоменореей, 22,45% - дисменореей, 9,89% - полименореей.

Установлены прямые выраженные корреляционные связи между неблагоприятным исходом беременности и наличием у пациенток неблагоприятных исходов предыдущих беременностей: преждевременные роды - [$r=0,8936$] и самопроизвольные выкидыши – [$r=0,8672$], искусственных абортов [$r=0,8724$], бесплодия [$r=0,8215$].

В структуре гинекологической патологии была высокой доля ВЗЖПО: 47,59% у женщин с самопроизвольным выкидышем, и 14,17% - у пациенток с угрозой прерывания беременности. У женщин с самопроизвольным выкидышем преобладали НИВЗ – 22,45%, воспалительные заболевания шейки матки – 12,56%, сочетанные заболевания – 27,54%. У 32,62% пациенток с самопроизвольным выкидышем и 8,02% беременных с угрозой прерывания имелись указания на наличие трихомониаза и ВК. В процессе исследований была выявлена выраженная прямая корреляционная связь между наличием ВЗЖПО и неблагоприятным исходом беременности [$r=0,7198$], а также между наличием ВЗЖПО и угрозой преждевременных родов [$r=0,7359$], что подтвердило высокую медико-социальную значимость ВЗЖПО как фактора «риска» НБ.

При проведенном изучении заболеваемости беременных в Гродненской области в 1991-1995 гг. (в связи с переходом на новую форму регистрации) установлено, что показатель общей заболеваемости угрозой прерывания беременности составил $27,71\pm2,14\%$ (Республика Беларусь – $57,7\pm2,46\%$) и все еще занимал второе рейтинговое место в общей структуре заболеваемости беременных в регионе.

ВЗЖПО имели особое значение и в генезе возникновения врожденных пороков развития (далее – ВПР) у плодов. Выявлена выраженная прямая корреляционная связь между уровнем впервые выявленных ВЗЖПО и выявляемостью ВПР у плодов [$r=0,7721$]. При исследовании динамического ряда показателя выявляемости ВПР в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет удалось установить, что показатель значительно увеличился (учитывая, что до начала 1980-х гг. пренатальная диагностика ВПР у плодов не проводилась, анализу были подвергнуты и случаи выявления ВПР также и в послеродовом периоде): в 1954-1964 гг. темп роста составил 144,4%. В последующие годы темпа роста несколько уменьшились, но и в 1984-1994 гг. все еще составляли 116,8%.

В связи с тем, что в Гродненской области только в 1991 г. был осуществлен переход на международные критерии живорождения, а также международную статистику перинатальной смертности, оценка перинатальных потерь в зависимости от наличия у пациенток ВЗЖПО проведена за период 1991-1995 гг. При этом установлено, что за 5 анализируемых лет средний показатель заболеваемости новорожденных составил $107,2 \pm 2,52\%$. В ее структуре первое место заняла внутриматочная гипоксия и асфиксия, показатель которой составил $39,6 \pm 1,59\%$, второе – ВПР – $19,1 \pm 1,11\%$, третье – синдром дыхательных расстройств (далее – СДР) и другие респираторные расстройства – $7,9 \pm 0,72\%$.

В 1991-1995 гг. существовавший уровень заболеваемости новорожденных имел тенденцию к снижению, а среднегодовой темп убыли заболеваемости составлял -6,3%. Наибольшие среднегодовые темпы снижения заболеваемости новорожденных были характерны для пневмоний (-17,3%), гематологических нарушений (-15%), инфекций кожи и подкожной клетчатки (-12,5%), ОРВИ (-9,5 %) и СДР (-8,8 %). В то же время в этот период положительный среднегодовой темп прироста был характерен для внутрижелудочковых кровоотечений (100%), прочих болезней (25,9%), врожденных пневмоний (4,3%) и инфекций, специфичных для перинатального периода (1,8%).

Среди основных причин перинатальной смертности в Гродненской области в 1991-1995 гг., показатель которой был высоким и составлял $9,9 \pm 0,4\%$ (мертворождаемость – $5,8 \pm 0,3\% \pm 0,4\%$, ранняя неонатальная смертность – $4,1 \pm 0,3\%$), сохранялась классическая триада: недоношенность, ВПР, гипоксически-травматические энцефалопатии [1].

С 1991 года по 1995 год зарегистрирован достоверный рост ($p < 0,05$) показателя ранней неонатальной смертности с 3,7% до 4,9% со среднегодовым темпом прироста в 12%. При этом показатель среди доношенных детей был достоверно ниже среднегодового для этого периода ($p < 0,05$), а среди недоношенных – достоверно выше среднегодового ($p < 0,05$), что определялось высокой заболеваемостью СДР и ВПР.

При изучении причин перинатальной смертности от ВПР установлено, что в структуре врожденных аномалий доля пороков нервной трубки превышала 50%. В генезе ВПР у плодов значимыми факторами являлись отягощенность анамнеза воспалительными заболеваниями половых органов [$r=0,7924$] и ВЗЖПО в ранние сроки гестации [$r=0,7641$], а также дефицит йода у беременных [$r=0,7829$].

Таким образом, в 1944-1994 гг. ВЗЖПО являлись выраженным фактором «риска» развития осложнений беременности и родов.

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. Женская консультация / Под. ред. С.М. Беккера, С.Г. Хаскина. – Л.: Медгиз, 1961. – 152 с.

ЗАРОЖДЕНИЕ И РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОЙ ВОЕННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ В XVIII – НАЧАЛЕ XX вв.

Нероев В.В., Емельянова Н.А.

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» (Россия)

В начале XVIII века офтальмология не была отделена от хирургии, что наблюдалось во всей мировой науке, в которой первая была не более чем "оперативное ремесло". В России это связано с особенностью медицинского образования. Курс глазных болезней читался в разделе теоретической хирургии. При подготовке врачей, особенно военных, уклон делался на практические навыки, оказание неотложной помощи и др. Считалось нецелесообразным развитие таких "узких" специальностей как офтальмология. Увеличение глазных заболеваний в войсках требовало подготовки для армии квалифицированных врачей.

Фактом зарождения в России военной офтальмологии – раздела офтальмологии и военной медицины – можно считать дату открытия Московского генерального военного госпиталя (1706). Трудности начального периода подготовки военных окулистов связаны с недостаточным количеством учителей, преобладанием врачей – иностранцев. По образному выражению, в России в восемнадцатом столетии существовала «привозная медицина», то же самое наблюдалось и в офтальмологии. Кроме того, не было учебной медицинской литературы. Поэтому большим событием явилось написание рукописного учебника (на латинском языке) «Наставление для изучающих хирургию в анатомическом театре» (1710). Автор её – Н. Бидлоо, в то время главный врач Московского военного госпиталя. В книге представлен значительный объем сведений по заболеваниям глаз, что расширяет наши познания о подготовке русских окулистов в то время. По сохранившимся каталогам известно, что в госпитале имелись также хирургические глазные инструменты. В связи с увеличением пациентов, в 1735 г. в госпитале учреждена должность «глазного врача». XVIII век – начальный этап зарождения военной офтальмологии в России.

Во время Отечественной войны 1812 г. окулисты активно участвовали в лечении раненых в Москве. В связи с утратой архивов отсутствуют точные данные об офтальмологических пациентах в период войны и последующие годы. Известны имена некоторых глазных врачей, среди них такие известные специалисты как И. Ф. Гильтебранд, П. Ф. Броссе. Для оказания более квалифицированной помощи в тылу была создана мощная госпитальная база. Известно, что оказана помощь 30 000 раненых (1, 12).

В 1823 г. основан «Военно-медицинский журнал», в котором публиковались статьи по вопросам организации медицины в армии, профилактики инфекционных заболеваний, по медицинской статистике. На протяжении более чем пятидесяти лет, до момента основания «Вестника офтальмологии» (1884), «Военно-медицинский журнал» оставался основной трибуной для военных окулистов. Примечательно, что в первый год издания (1823) здесь опубликована статья по офтальмологической тематике врачей П. Н. Савенко и Х. Х. Саломона о вспышке трахомы среди матросов Кронштадта.

С середины XIX в. увеличилось количество пациентов с воспалительными заболеваниями наружных оболочек глаза. Хирургическая практика ограничивалась, в основном, операциями по поводу катаракты и глаукомы. Открытие в 1843 г. в Московском военном госпитале самостоятельного глазного отделения явилось новацией и способствовало накоплению клинического опыта по заболеваниям мирного и военного времени. Заведующий глазным отделением врач Сушинский (инициалы неизвестны) – автор статьи по анатомии глаза, опубликованной в «Военно-медицинском журнале». В течение нескольких лет (1866-1869) врач госпиталя Н. Меморский помещал на страницах журнала обзоры достижений зарубежной офтальмологии.

В конце XIX века возросло значение военной глазной хирургии, которая принципиально отличалась от хирургии мирного времени. На войне увеличивалось количество травм, преобладали пластические операции, удаление глаза. Особая роль отводи-

лась качественной медицинской экспертизе. Военная офтальмологическая помощь в полной мере оказывалась лишь в госпиталях, на полях сражений была возможна лишь первая помощь. Военная офтальмология тесно связана с хирургией, что обуславливается сочетанным характером военных травм, поэтому создавались трудности при выборе лечебного учреждения для лечения раненых. Изолированные повреждения глаз в военное время встречались редко.

В конце XIX столетия отечественная медицина обогатилась многочисленными произведениями, отражающими опыт военных врачей. Большое значение имели книги и статьи великого русского хирурга Н. И. Пирогова. Ему принадлежит первое описание различных видов боевых ранений и контузий органа зрения, которые изложены в книге «Начала военно-полевой хирургии» (1865). В последующие десятилетия в «Военно-медицинском журнале» появились статьи офтальмологов о глазных заболеваниях в армии. По материалам Крымской кампании - доктора М. И. Рейха (1876); по русско-турецкой войне - доктора И. Талько (1878) и др. Важный вклад в историографию военной офтальмологии внёс М. И. Рейх, издав отдельной книгой «Окулистический отчет за 1885 г.», в котором представлен опыт военных госпиталей. Целесообразным признавался и опыт иностранных военных врачей. В конце века доктор медицины А. Лаврентьев перевел с английского книгу Т. Лонгмора «Руководство к исследованию зрения для военных врачей». Книга явилась важным пособием для экспертизы зрения у отечественных военнослужащих. Чуть позже вышла книга доктора А. Рота «Болезни органа зрения (для военных врачей)». Перевёл книгу с немецкого языка М. Рейх. Большое значение имело описание зрительных симуляций. Издание снабжено примечаниями русского переводчика.

Военным врачом Л. Р. Рейтлингером в 1898 г. защищена диссертация на степень доктора медицины на тему: «Материалы для статистики глазных болезней, господствующих в войсках русской армии». Особое социальное звучание имеют выводы автора: заразные глазные болезни зависят от трудностей армейской жизни (скученность людей, холодные, тёмные помещения и др.). А также положение: «Гигиена должна стоять во главе всей медицины». (VII, 71).

В начале XX века Главным Военным Медицинским Управлением изданы статистические данные по количеству офтальмологических больных. Указано, что по роду повреждений среди пациентов госпиталей преобладали ушибы, ранения режущими и колющими предметами, внедрение инородных тел, ожоги, повреждения огнестрельные и при взрывах. (II, 10).

В период русско-японской войны 1904-1905 гг. военные офтальмологи проводили большую работу по лечению раненых и военной экспертизе. На страницах журнала «Вестник офтальмологии» за 1905 г. освещался опыт лечения японских и русских моряков. Отмечено, что военные врачи самоотверженно оказывали помощь абсолютно всем. На страницах журнала в 1907 г. описаны результаты работы тылового Иркутского госпиталя, подводились итоги эвакуации больных и раненых из Манчжурии в Россию по окончании военных действий. Наряду с боевыми повреждениями в войсках часто встречались и заразные болезни глаз (трахома, острый конъюнктивит). Это требовало особой сортировки пациентов.

Не только специализированные военные учреждения оказывали офтальмологическую помощь военнослужащим. В период Первой мировой войны раненые лечились и в гражданских учреждениях, в частности, в Алексеевской глазной больнице (ныне Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца). В тот период больница выполняла функции специализированного госпиталя. Врачами больницы накоплен уникальный научно-клинический материал по боевой травме глаз, в том числе, и патогистологический, что отражено в «Отчетах...» больницы.

Увеличение травматизма глаз в военное время, более качественный подход к образованию специалистов привели к формированию военной офтальмологии, занимающейся патологией боевых повреждений органа зрения, методами их этапного лечения и военно-врачебной экспертизы. Дальнейшее развитие этого раздела завершилось в советское время. Книги и журнальные публикации по военной офтальмологической тематике являются неотъемлемой частью отечественной медицинской литературы.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ САРКОИДОЗА

Николаев А.В., Чурилов Л.П.

Санкт-Петербургский государственный университет (Россия)

Саркоидоз (болезнь Бенье — Бёка — Шауманна) представляет собой мульти-системное заболевание доселе невыясненной этиологии, характеризующееся образованием неказеозных эпителиоидноклеточных гранул в разных органах и тканях. Это сопровождается эндогенным гипервитаминозом D и аутоиммунными проявлениями. Возможность заражения саркоидозом от больного не доказана, однако отмечаются семейные случаи заболевания, которые можно объяснить либо наследственностью, либо действием общих для заболевших неблагоприятных факторов окружающей среды.

Заболевание это встречается во всем мире, в любом возрасте, у лиц обоего пола (чаще — женщин) и любой расы (чуть выше пораженность у негроидов). Пик заболеваемости попадает на вторую-третью декаду жизни, кроме того, у женщин наблюдается дополнительный рост заболеваемости между четвертой и шестой декадами жизни. В последние годы саркоидоз в России имеет тенденцию к росту пораженности: 8-20 на 100000 населения. Сообщения о локальных вспышках саркоидоза, профессиональном риске и случаях контактных заболеваний саркоидозом предполагают либо передачу от человека к человеку, либо наличие общего агента в окружающей среде. Полагают, что болезнь развивается при сочетании ингаляции неизвестного патогена окружающей среды и его взаимодействия с иммунной системой человека. Спектр потенциальных патогенов велик, и оказывается различным в разных исследованиях, иногда результаты отрицательные. В этом аспекте изучались *Mycobacterium tuberculosis*, атипичные микобактерии, множество вирусов, включая вирусы герпетической группы, грибы и микоплазмы.

Наиболее часто поражаются лимфатические узлы, лёгкие, печень, селезёнка, реже — кожа, кости, орган зрения и др. Причина заболевания неизвестна. Саркоидоз не относится к инфекционным заболеваниям. Болезнь развивается чаще в молодом и среднем возрасте, несколько чаще — у женщин. Саркоидоз длительное время может быть бессимптомным и выявляться случайно (например, при рентгенографии или флюорографии органов грудной клетки во время профилактического осмотра). В лечении используются, в основном, глюкокортикоидные гормоны (преднизолон), а также плазмаферез. Учитывая, что заболевание иногда способно самостоятельно разрешаться, в ряде случаев можно ограничиться наблюдением, не назначая лечение.

Первый случай саркоидоза был описан в Лондоне хирургом-дерматологом лордом Джонатаном Хатчинсоном (1828 — 1913) в 1877 году. Это был 53-летний больной с большими безболезненными пурпурными дисками на коже рук и ног. Он также страдал подагрой и умер от почечной недостаточности. У Хатчинсона была также другая пациентка — 64-летняя женщина (миссис Мортимер), по чьей истории болезни он описал классический хронически текущий саркоидоз с поражением кожи следующим образом: «Множественность пятен, они встречаются группами, имеют двустороннюю симметрию, не имеют тенденции к изъязвлению или образованию корок ... для представления я предпочитаю называть её по имени одной из пациенток — болезнь Мортимер».

Француз Эрнест Анри Бенье (1831 - 1909) в 1889 году описал пациента с пурпурно-фиолетовым опуханием носа, сопровождавшимся эрозией носовой слизистой и серовато-синим опуханием ушей и пальцев. Он предложил термин *lupus pernio*. Также в 1889 году норвежский дерматолог Цезарь Петер Мёллер Бёк (1845 — 1917) на основании гистологических исследований изменений кожи назвал болезнь «множественным доброкачественным саркоидозом кожи». Бёк также обратил внимание на множественное вовлечение органов, таких как кожа, слизистые оболочки и лёгкие. Шумахер в 1909 году и Беринг в 1910 году отметили ирит, встречающийся при саркоидозе кожи, в то же время Хеерфордт — датский офтальмолог — описал классическое сочетание увеита, лихорадки, увеличения околоушных желёз в сочетании с параличом VII пары черепных нервов или без него. Он полагал, что синдром отражает инфекцию (свинку) и

только спустя 25 лет увеопаротидную лихорадку Хеерфордта связали с саркоидозом. Это сделал Свен Лёфгрен, шведский торакальный хирург. К тому времени, усилиями шведского дерматолога Йоргена Нильса Шауманна (1879 - 1953) была твердо доказана вовлеченность в процесс внутренних органов (1914) и системная природа заболевания (1915-1917). Лёфгрен же установил, что сочетание узловой эритемы и двусторонней лимфаденопатии корней лёгких является ранней острой формой саркоидоза. Он также отметил гистологический признак у этих пациентов — неказеифицирующийся характер гранулём, впервые описанных при саркоидозе еще в 1892 г. французами А. Теннезоном и Ш.-Э. Кинкуодом. В 1944 году Рейснер показал, что 60% больных саркоидозом имеют отрицательную туберкулиновую реакцию. Норвежский дерматолог Мортен Анзгар Квейм (1892 – 1966) обнаружил, что внутрикожное введение убитой нагретым суспензии саркоидных лимфатических узлов вызывает образование мелких узелков. Тест был впоследствии обновлён и популяризован американцем Луисом Зильцбахом. Тест стал называться тестом Квейма — Зильцбаха. В настоящее время он уже не используется.

Одно из ведущих мест в диагностике саркоидоза легких принадлежит лучевым методам исследования органов грудной клетки. Современные методы лучевой диагностики органов дыхания включают в себя: стандартную и цифровую флюорографию или классическую и цифровую полипозиционную рентгенографию, компьютерную томографию. Первичным способом диагностики, который хорошо себя зарекомендовал, является флюорография.

Нет сомнения, что этот простой способ незаменим для первичной диагностики этих заболеваний. Но у него есть недостаток, заключающийся в том, что он не дает возможность поставить окончательный диагноз и различить вид заболевания. По данным разных авторов, удельный вес флюорографии среди других методов выявления саркоидоза колеблется от 11% до 80-85%. Изменения в органах грудной клетки в 1/3 случаев выявляются при бессимптомном течении заболевания и в 2/3 - при обращении к врачу по поводу других заболеваний. Однако флюорографическое исследование является только методом выявления подозрительных изменений в легких и не может рассматриваться как метод дифференциальной диагностики.

При бронхоскопии обнаруживаются неспецифический эндобронхит и косвенные признаки гиперплазии внутригрудных лимфатических узлов в виде расширения углов деления бронхов, появления дополнительной сети сосудов слизистой оболочки, бугорковых высыпаний на слизистой оболочке. При медиастиноскопии подтверждается поражение лимфатических узлов корней легких с обеих сторон, а также поражение легких и плевры. В биоптатах слизистой оболочки бронхов, лимфатических узлов и легочной ткани находят эпителиоводно-клеточные саркоидозные гранулемы без некроза. Таким образом, диагностика саркоидоза базируется на клинико-рентгенологических данных: двусторонней выраженной аденопатии внутригрудных лимфатических узлов, двусторонней очаговой или очагово-фокусной диссеминации без явлений деструкции с преимущественным поражением наружных отделов легких, относительно малосимптомном течении болезни, отсутствии микобактерий туберкулеза, отрицательных туберкулиновых пробах, несоответствии выраженной рентгеноморфологической картины болезни, скудности ее клинических проявлений.

Методы сцинтиграфии легких позволяют уточнить локализацию и распространенность воспалительных изменений при саркоидозе, степень активности патологического процесса. В тоже время этот метод не обладает нозологической специфичностью, дает отрицательные результаты при ремиссии процесса и выраженном фиброзе легких.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) у пациентов с саркоидозом имеет схожие с РКТ диагностические возможности в выявлении внутригрудных лимфатических узлов, но не дает объективной оценки состояния легочной паренхимы и поэтому не имеет самостоятельного диагностического значения.

Из неинвазивных методик в настоящее время наиболее перспективна рентгеновская компьютерная томография (РКТ). Внедрение в клиническую практику РКТ, благодаря ее высокой разрешающей способности существенно повысило возможности лучевой диагностики в распознавании изменений в органах грудной клетки

при саркоидозе. Эта технология позволяет детально оценить локализацию и распространенность поражения легочной ткани на уровне вторичной легочной доли, разграничить зоны инфильтрации с множественными мелкоочаговыми поражениями, оценить состояние бронхиального дерева.

Практика дифференциальной диагностики, сложившаяся в отечественной медицине основана на том, что саркоидоз часто имеет доброкачественный характер течения, и это делает его "диагнозом исключения". При первичной внутригрудной локализации прежде всего ставится задача исключить туберкулез, как инфекционное, эпидемиологически опасное заболевание. Это положение, а также выявление микобактерий в материалах, полученных от пациентов, и стали в России причинами наблюдения больных саркоидозом в противотуберкулезных учреждениях. В обязательный комплекс обследований входят рентгенотомография, общий клинический анализ крови (возможна лимфопения, а при остром течении – лейкоцитоз и ускоренная СОЭ), туберкулиновая внутрикожная проба Манту (при саркоидозе чаще пробы отрицательные), исследование мокроты (или индуцированной мокроты) на кислотоустойчивые микроорганизмы (не менее 3 раз). Проводится сопоставление лучевой и клинической картины.

В последние годы отчетливо обозначилась тенденция к объединению рентгенологических методов эндоскопии и пункционной биопсии, а также лабораторных методов в единый диагностический комплекс. Рациональное комбинирование нескольких диагностических приемов позволяет получить обширную информацию, в 80% случаев подтвердить предполагаемый диагноз саркоидоза или туберкулеза легких и сократить сроки обследования больных. Ввиду обнаружения в конце XX века закономерных нарушений обмена витамина D в макрофагах саркоидозных гранулём и наличия типичных аутоиммунных проявлений при этом недуге, ведутся поиски метаболических и иммунопатологических способов дифференциальной диагностики этой загадочной болезни.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЗНАНИЙ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ 20-х годов XX века

Остапенко В.М., Нагорная С.В.

Смоленская государственная медицинская академия (Россия)

В процессе образовательной реформы 20-х годов XX века особое значение приобрела разработка системы контроля над учебной деятельностью студентов. Партийно-правительственное большинство и «широкая общественность» в первые годы Советской власти считали, что экзамены использовались правительством Российской Империи для ограждения университетов от проникновения в них представителей неимущих слоев населения и поддержки монополии эксплуататорских классов на образование. Поэтому в 1918 г., наряду с отменой вступительных экзаменов в учебные заведения страны, Народный комиссариат просвещения (Наркомпрос) упразднил также контроль качества знаний студентов, в том числе – государственные выпускные экзамены, курсовые и полукурсовые испытания.

К началу 20-х годов во многих вузах страны были введены проверочные испытания по отдельным курсам, зачеты по предметам, хотя название «экзамен» по-прежнему не употреблялось. В апреле 1920 г. Главный комитет по профессиональному образованию при Наркомпросе (Главпрофобр) утвердил первое положение об Испытательных комиссиях по окончании курса обучения. Но не существовало единого подхода к оценке знаний студентов. Чаще всего результаты их учебы оценивались словами «проработал» и «не проработал», либо «удовлетворительно» и «не удовлетворительно», «зачтено» и «не зачтено». Учебный год в 1922-1923 гг. делился не на два, а на три семестра.

Весной 1923 г. вступает в силу инструкция Главпрофобра «О порядке проверки выполнения академического минимума студентами вузов», возвратившая текущий кон-

троль знаний (зачеты, экзамены) и курсовую двухсеместровую систему в преподавании. Предусматривалось создание в начале учебного года особых испытательных комиссий из представителей администрации факультета и студенческих профсоюзных организаций. Появилось понятие «выполнение установленного учебного минимума». В литературе советского периода этот шаг расценивался как «коллективный учет успешности академических занятий студентов в противодействие реакционной части старой профессуры, выступавшей против продвижения трудящейся молодежи в университетские аудитории». Но переход на курсовую систему с такой формой контроля оказался неэффективным. Сроки пребывания студентов в стенах вузов значительно затягивались, сократились выпуски специалистов. Это привело к особым мерам, предпринятым Наркомпросом. Начиная с 1922 г. проводилась перерегистрация студентов с целью выявления тех, кто не занимается и не успевает, а в 1924 г. послужило поводом принятия постановления СНК РСФСР «Об академической проверке студентов вузов», которая вылилась в форму академической «чистки». Итоги проверки послужили началу разработки эффективной системы контроля знаний в высшей школе. Но, несмотря на призывы усилить требования к учащейся молодежи, звучавшие на XIV съезде ВКП(б), лидеры Наркомпроса продолжали выступать против системы экзаменов и вели поиски новых методов контроля (отказ от лекционной системы и полный переход на метод групповых занятий и бесед с коллективной оценкой работы каждого студента в ходе ее и т. д.). При этом в марте 1925 г. для медицинских вузов страны был установлен «Минимум выполнения учебного плана, обязательного для студентов-медиков РСФСР» (переходные курсовые экзамены и зачеты). В 1925 г. Наркомпрос возвратился к итоговой аттестации специально созданными Государственными Квалификационными комиссиями, а 30 октября в Главпрофобре было утверждено согласованное с Наркомздравом «Положение о Государственной Квалификационной комиссии при медицинских институтах и медфаках». Экзаменационные сессии в вузах проводились 2 раза в год: в мае-июне и сентябре-октябре. Испытания проводились по следующим предметам: патологической анатомии, патологической физиологии, экспериментальной гигиене, социальной гигиене, терапевтической клинике, хирургической клинике, акушерско-гинекологической клинике, клинике нервных и психических болезней, детской, глазной клиникам и клинике кожных и венерических болезней. Не выдержавшие его могут подвергаться испытанию еще раз в следующую сессию, причем сданные ранее предметы засчитываются. Успешно выдержавшие получали квалификационное свидетельство врача по утвержденной форме.

Однако к январю 1926 г., после первых проведенных испытаний выяснилось, что перечень предметов для всех вузов страны не мог быть единообразным, поскольку все вузы работали по собственным программам, не везде были организованы необходимые кафедры. Поэтому появилось распоряжение Главпрофобра об изменении формы свидетельства об окончании вуза: был предложен документ, где учебные дисциплины вписывались от руки, а не печатались типографским способом. То есть, для ряда вузов Наркомпрос разрешал менять перечень итоговых дисциплин.

Результат проведенного Наркомпросом анализа деятельности высших учебных заведений РСФСР в 1925/1926 учебном году был опубликован в 1927 г. В отдельном издании проводился сравнительный анализ учебной деятельности целого ряда медицинских вузов страны, в частности – методов контроля знаний. «Нет еще определенных общих директивных указаний, какую форму проверки установить», - отмечено в документе.

Дифференцированная система оценки знаний была внедрена Наркомпросом в конце 20-х годов: в 1928 г. вводилась трехбалльная, а в начале 30-х – четырехбалльная оценка. При этом на основании постановления ЦК ВКП(б) и СНК СССР от 28.12.1929 г. по приказу Главпрофобра «Об отмене дипломных проектов и работ, и ускорении выпуска студентов» от 31.12.1929 г. снова была отменена государственная итоговая аттестация, расформированы государственные квалификационные комиссии. Квалификация специалиста присваивалась постановлениями деканата, утвержденного ректором, всем, успешно выполнившим учебный план. На основании этого документа для медицинских вузов издается особый приказ – «Об отмене госэкзаменов для оканчивающих медфак». Последний год обучения сокращается на 1 семестр, и выпуск сту-

дентов-пятикурсников планируется не летом 1931 г., а не позднее 1 декабря 1930 г. Рекомендуются не предъявлять больших требований к неуспевающим студентам: освобождать их от ряда зачетов, заменять зачеты и экзамены по предметам на итоги успешной производственной практики. Выпуск даже неуспевающих должен быть осуществлен не позднее 1 марта 1930 г. Эти перемены, а также изменение социального состава студенчества, сказалось на качестве обучения. Так, в 1930/1931 учебном году на медицинском факультете СГУ значительно возросло число неуспевающих студентов.

Только в 1934 г. партийно-правительственные постановления позволили высшей медицинской школе возвратиться к традиционным формам контроля знаний, обязательным государственным испытаниям по окончании вуза, пересмотру учебных программ с целью «усиления» преподавания специальных медицинских дисциплин и латинского языка за счет сокращения часов для изучения общественных дисциплин.

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН И СУБЪЕКТАХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Павлов В.Н., Шарафутдинова Н.Х., Киньябулатов А.У.

Бакирский государственный медицинский университет (Россия)

Приволжский федеральный округ (ПФО) был образован Указом Президента РФ 13 мая 2000 года и включает в себя 14 субъектов федерации (Башкортостан, Кировская область, Республика Марий Эл, Республика Мордовия, Нижегородская область, Оренбургская область, Пензенская область, Пермский край, Самарская область, Саратовская область, Татарстан, Удмуртская Республика, Ульяновская область, Чувашия). Развитие высшего медицинского образования в ПФО условно можно разделить на три периода: первый (1804—1916 гг.), второй (1917—1944 гг.), третий (1945—2008 гг.).

В Российской империи до Великой Октябрьской революции было 3 самостоятельных высших медицинских учебных заведения (Императорская военномедицинская академия, Петроградский медицинский институт (до 1917 г. Женский медицинский институт), Психоневрологический институт, а также 10 медицинских факультетов при университетах, в т.ч. Казанском, Пермском, Саратовском и др. 18 ноября 1804 года Император Александр I учреждает Казанский университет, в составе которого было отделение врачебных наук. 15 мая 1814 года состоялось открытие факультета врачебных наук Казанского университета, в 1899 году был построен новый клинический городок и открылся Бактериологический институт (1899). В 1930 г. медицинский факультет получает статус самостоятельного института, с 1965 г. ему присвоено имя общественного деятеля, члена-корреспондента АМН СССР (1965 г.), министра здравоохранения СССР (1959—1965 гг.) Сергея Владимировича Курашова — единственного врача в Советском Союзе, который после смерти 27 августа 1965 г. был кремирован, а его прах помещён в урне в Кремлёвской стене на Красной площади в Москве. С 24 апреля 1994 г. Казанский государственный медицинский институт получил статус университета.

10 июня 1909 г. был подписан „Закон об учреждении университета в Саратове“ — 10-го университета в России в составе одного медицинского факультета. В 1976 году институт был награжден орденом Трудового Красного Знамени. В 1994 году Саратовский ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт был преобразован в медицинский университет.

Высшее медицинское образование на Западном Урале связано с открытием в 1916 году Пермского Императорского университета. Первоначально это было медицинское отделение в составе физико-математического факультета, с 1917 года отделение стало самостоятельным медицинским факультетом, а 23 февраля 1931 года в соответствии с постановлением Совнаркома РСФСР — Пермским медицинским институтом. В 1994 году приказом Государственного Комитета РФ по высшему образова-

нию Пермский медицинский институт переименован в Пермскую государственную медицинскую академию.

До 1917 года на медицинских факультетах в основном учились представители мужского пола, но женщинам тоже можно было получить высшее медицинское образование на Высших женских курсах (Киев) и женских медицинских курсах (Одесса, Харьков).

Второй этап развития медицинских вузов ПФО характеризовался нехваткой медицинских кадров, когда остро возник вопрос о расширении сети высших медицинских школ в городах. Вузы находились в ведении Народных комиссариатов просвещения соответствующих союзных республик, исключая Военно-медицинскую академию. С 1920 г. в Главном управлении проф.-технического образования (Главпрофобр) был создан специальный отдел по руководству высшим и средним медицинским образованием. За период времени с 1920 по 1922 гг. отношение к руководству медицинскими вузами имел и Наркомздрав через т.н. военных комиссаров (военкомы). Согласно постановлению Совета труда и обороны в мае 1920 г. медицинские вузы должны были дать досрочный выпуск врачей. Институт военкомов в РСФСР был ликвидирован в конце 1922 г., после чего временно закончилось и участие Наркомздравов в руководстве медицинскими вузами. Первое основное положение о руководстве вузами РСФСР было утверждено СНК СССР 3/VII 1922 г., частично изменено в июле 1925 г. и в январе 1928 г. До 1922 г. было развернуто 16 высших медицинских школ в различных городах, в т.ч. Нижнем Новгороде (1918 г.), Самаре (1919 г.). 21 марта 1920 г. состоялось торжественное открытие медицинского факультета Нижегородского государственного университета, и эта дата считается днём рождения высшего медицинского образования в Нижнем Новгороде. В мае 1930 г. на базе медфака НГУ был создан самостоятельный медицинский институт. 15 июня 1994 г. получил статус академии. В соответствии с Декретом Совнаркома РСФСР при Самарском госуниверситете в 1919 году был открыт медицинский факультет, который в последующем стал институтом, а ныне Самарский государственный медицинский университет. Народный комиссариат РКИ РСФСР поставил в 1924 г. вопрос о сокращении сети высших медицинских школ, поэтому были закрыты медицинские факультеты в Самаре (1927 г.) и Нижнем Новгороде (1929 г.). Постановлением ЦИК и СНК СССР от 23/VII 1930 г. была произведена реорганизация всех вузов на основе решительного сближения теоретического обучения и производственной практики и специализации по отраслевому признаку. Медицинские институты и факультеты, согласно указанному постановлению, подлежали передаче народным комиссариатам здравоохранения союзных республик. Передача эта состоялась в июле—августе 1930 г., причем медицинские факультеты были выделены в самостоятельные институты.

В течение 1932 и 1933 гг. были открыты медицинские институты в Уфе, Ижевске. Башкирская и Удмуртская АССР остро испытывали нехватку врачебных кадров. Были изменены все учебные и методические программы вузов. Важнейшим звеном при проведении этой реорганизации было внесение специализации в стены высшей медицинской школы. Задачи развития высшей медицинской школы во 2-й пятилетке и повышения качества работы высшей медицинской школы указаны в постановлении ЦИК СССР от 3 сентября 1934 г. «О подготовке врачей». Наконец, в июне 1936 г. было опубликовано постановление СНК СССР и ЦК ВКП(б) «О работе высших учебных заведений и руководстве высшей школой», имеющее крупнейшее значение для дальнейшего улучшения работы вузов. При Наркомздраве РСФСР руководство высшим медицинским образованием осуществлялось через особое Управление высшего медицинского образования. Постановлением ЦИК и СНК СССР от 21/V 1936 г. создан Всесоюзный комитет по высшей школе при СНК СССР, на который возложено руководство всеми высшими учебными заведениями, кроме военных и находящихся в ведении Всесоюзного комитета по делам искусств.

После получения разрешения Наркомздрова РСФСР в 1931 г. в Уфе создается организационный комитет по созданию медицинского института. Положительно рассмотрев ходатайство республики, Совет Народных Комиссаров РСФСР своим Постановлением № 289 от 25 марта 1932 г. предусматривает открытие в 1932 году в Уфе медицинского института. 15 ноября 1932 г. состоялось торжественное открытие меди-

цинского института.

Открытие Ижевского государственного медицинского института было обусловлено острой необходимостью во врачебных кадрах быстро развивающегося региона России - Удмуртии. Постановлением Совета народных комиссаров РСФСР от 15.04.1933 г. было принято решение об открытии в городе Ижевске Удмуртской автономной области медицинского института (первоначально в составе одного факультета - лечебного). Президиум облисполкома Удмуртской автономной области (УАО) постановил: открыть мединститут в городе Ижевске с 1 сентября 1933 года. В 1938 г. институт занял по итогам работы первое место среди медицинских вузов РСФСР. С первым выпуском в институте открылась возможность подготовки научных кадров через аспирантуру из числа выпускников, что расширило возможности роста национальных кадров ученых-медиков. В 1995 г. институт получил статус академии.

Пермская государственная фармацевтическая академия организована в 1936 году как Пермский государственный фармацевтический институт. В 1995 году Пермский государственный фармацевтический институт переименован в Пермскую государственную фармацевтическую академию, а в 2005 году — в государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермская государственная фармацевтическая академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

В исключительно тяжелые годы Великой Отечественной войны по распоряжению Совнаркома СССР от 12 августа 1944 г. создается Чкаловский медицинский институт (с 1957 г. Оренбургский государственный медицинский институт). В 1994 году институт переименован в Оренбургскую медицинскую академию.

Третий период становления медицинских вузов в ПФО начинается с организации в 1967 году медицинского факультета Мордовского государственного университета, который был создан 2 октября 1957 года на базе организованного в 1931 году Мордовского государственного педагогического института. В 2008 г. решением Ученого совета университета медицинский факультет переименован в медицинский институт.

Решение об образовании Чувашского государственного университета (имени Ильи Николаевича Ульянова с 1967 г.) на базе Волжского филиала Московского ордена Ленина энергетического института и историко-филологического факультета Чувашского государственного педагогического института им. И.Я. Яковлева было принято 17 августа 1967 г. В этот день Совет Министров СССР принял постановление «Об организации Чувашского государственного университета». В его составе было семь факультетов, в т.ч. медицинский.

Кировская государственная медицинская академия была основана в 1987 году как филиал Пермского государственного медицинского института в Кирове. 4 мая 1994 года Постановлением Правительства РФ Кировский

Исторический филиал ПГМИ был преобразован в Кировский государственный медицинский институт. В 1999 году после государственной аккредитации и аттестации КГМИ преобразован в Кировскую государственную медицинскую академию.

Факультет нано- и биомедицинских технологий в Саратовском государственном университете имени Н.Г. Чернышевского был открыт приказом ректора № 96-В от 21.02.2005 г. на основании решения Ученого совета СГУ факультет нано- и биомедицинских технологий.

Саратовский военно-медицинский институт был создан на базе военно-медицинского факультета при Саратовском государственном медицинском университете в 1998 году.

Медицинский факультет работает в структуре Ульяновского университета с 1991 года. На факультете ведется подготовка по специальностям «лечебное дело» и «педиатрия». Кроме того, идет работа по лицензированию специальностей «стоматология» и «спортивная медицина».

ОЧЕРК О РАЗВИТИИ И РАБОТЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ БЕЛОРУССКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ

Падута С.И., Бобырева Л.С.

УЗ «Брестский областной противотуберкулезный диспансер»

Железнодорожное строительство началось в Белоруссии еще при Николае Первом. 1 ноября 1862 года было открыто движение по железной дороге от Петербурга в Варшаву. Особое значение имело строительство от Москвы до Бреста. 16 ноября 1871 года газета «Губернские ведомости» сообщила: «В назначенный день и час после благодарственного молебствия, отслуженного Его Преосвященством Александром Епископом Минским и Бобруйским, два пассажирских поезда по окроплении их святой водой оправились одновременно один в Москву, другой в Брест при громких радостных приветствиях присутствующих...». Так была открыта Московско-Брестская железная дорога.

Железнодорожная больница на станции Брест-Литовск была открыта осенью 1898 года. Она была построена на перекрестке железных дорог царской России: Варшавско-Тереспольской, Юго-Западной, Полесской, Московско-Брестской и располагалась вблизи железнодорожного вокзала. Необходимость наличия больницы было продиктовано как медицинским обслуживанием железнодорожного населения, членов их семей, а также пассажирам в экстренных случаях, так и свирепствующей эпидемии чумы, холеры, туберкулеза и т.п.

Противотуберкулезная служба на Брестском отделении железной дороги начала существовать практически сразу после соединения Восточных и Западных районов Белоруссии. По историческим данным на базе железнодорожной больницы ст. Брест противотуберкулезный диспансер организован в начале 1940 года. Работало отделение на 15 коек для лечения пациентов с туберкулезными процессами.

В годы Великой Отечественной войны вышеуказанная больница работала на оккупационные власти, проводилось лечение военнопленных и частично местного населения. После освобождения от немецко-фашистских захватчиков восстановлена противотуберкулезная служба, расширен штат и коечный фонд отделения до 40 коек. Заведующим противотуберкулезной службой назначен доктор Позднеев Виталий Александрович, который провел огромную работу по восстановлению и проведению лечебных мероприятий для лечения пациентов с туберкулезными процессами. В 1951 году, после демобилизации из Армии, ординатором в данный диспансер прибыла Маст Сара Герцевна. В 1953 году Сара Герцевна назначена заведующей противотуберкулезного диспансера. Врач-фтизиатр с многолетним стажем и опытом работы в лечении пациентов с туберкулезными процессами. В диспансере занимались лечением как легочных, так и внелегочных форм туберкулеза. Широко использовалась техника лечения искусственным пневмотораксом (ИП) и пневмоперитонеумом (ПП), внедрялось лечение новыми на тот момент противотуберкулезными средствами (ПАСК, стрептомицин и др.). Рентгенологом в отделении работал Позднеев В. А., который помимо работы в отделении занимался и профилактической работой среди населения (выявление туберкулеза среди взрослого и детского населения). Ординаторами в разное время работали Приходкина Н. И. и Костеневич Д. М.

В 1960 году был создан противотуберкулезный диспансер для лечения железнодорожников в г. Орша, главным врачом его был назначен Костеневич Дмитрий Максимович.

В г. Бресте начал функционировать противотуберкулезный кабинет, возглавляемый Маст С. Г., продолжала трудиться врач Приходкина Нина Иосифовна. Проводилась работа по выявлению, лечению, диспансеризации железнодорожного населения и членов их семей + детей. Для стационарного лечения пациенты направлялись в г. Орша, в НИИП и Ф г. Минска, в Москву (стационар для железнодорожников).

В 80-е годы прошлого столетия руководителем и врачом-фтизиатром пришла работать Климович Нинель Дмитриевна, которая продолжила проводимые мероприятия в лечебном и профилактическом направлениях. Противотуберкулезный кабинет с

1960 года располагался во многих местах г. Бреста, однако в 1989 году вновь вернулся в свое старое здание на территории железнодорожной больницы.

С 1993 г. заведовать данным кабинетом прибыла по распределению отдела здравоохранения Брестского облисполкома врач Падута Светлана Ивановна. Вместе с медицинской сестрой Кухарчук Ириной Степановной она занималась работой по лечению пациентов на амбулаторном этапе, как с легочными, так и с внелегочными туберкулезными процессами (туберкулез кожи, глаз, мочевыделительной системы, туберкулезом периферических лимфоузлов, в т. ч. туберкулезные мезодениты, туберкулез костной системы и т. д.), саркоидозом легких и периферических лимфоузлов. Также продолжалась работа по диспансеризации и проведению профилактических мероприятий среди железнодорожного населения Брестского отделения Бел. ж. д. Врачом-фтизиатром на базе детской железнодорожной поликлиники продолжала трудиться Климович Н. Д., которая сменила на этом посту ушедшую на пенсию Демешко Христину Владимировну.

Большую работу в развитии противотуберкулезной работы на Белорусской железной дороге в эти годы проводила главный внештатный фтизиатр врачебно-санитарной службы Иваненко Оксана Михайловна. Под ее чутким руководством организовывались и проводились консилиумы на базе Минского противотуберкулезного железнодорожного диспансера с привлечением консультантов из НИИП и Ф, зав. кафедрой фтизиопульмонологии БелГИУВ Коровкина Валентина Сергеевича.

В 1998 году железнодорожная больница на станции Брест отметила свой 100-летний юбилей.

Однако в связи с реорганизацией железнодорожной медицины противотуберкулезная служба в Республике Беларусь волилась в 2009 году в общелечебную сеть, а противотуберкулезный кабинет на ст. Брест с 2010 года введен в Брестский областной противотуберкулезный диспансер, где продолжает работать врачом-фтизиатром Падута С. И.

Литература

1. В. М. Сибелев, Ю. Н. Коршунов, А. З. Цефсман. Руководство по железнодорожной медицине.- М.1990.
2. Л. И. Левчук. Противотуберкулезная служба Брестской области. 50 лет. Страницы истории. Брест. 2000.
3. А. З. Цефсман. Пульмонология. Железнодорожная клиническая медицина. М., 2000
4. Архивные материалы.
5. Материалы научно-практической конференции посвященной 100-летию Брестской железнодорожной больницы, 1998.

ЛАТЫШСКИЕ МЕДИКИ В ГРОДНО ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Поземковска М.

*Институт истории медицины Рижского Университета им. Страдыня
(Латвия)*

Во время первой мировой войны в крепости Гродно (в Новом замке) находился военный госпиталь, где работали два известных латышских медика – врач Карлис Баронс (позже профессор, глава Латвийского Красного креста) и сестра милосердия Марта Целминя (первая лауреатка медали имени Флоренс Найтингейл в Латвии).

Карлис Баронс (1865-1944) был помощником главного врача военного госпиталя в Гродно (в 1917-1918 гг.), позже главный врач Латвийских железных дорог. Он окончил Московский университет (в 1891 г.). Профессор К. Баронс руководил Латвийским Красным Крестом с 1930 по 1940 год - в то время эта организация достигла расцвета. О его заслугах и популярности свидетельствуют награждения орденами Красного Креста семи государств.

Марта Целминя (1880-1937) в 1914 году окончила курсы сестёр милосердия и была направлена на работу в военный госпиталь Гродно, где служил её муж Хуго Целминьш (1877-1941), позже знаменитый общественный деятель Латвии. В Гродно латышские медики работали до эвакуации госпиталя в город Кострому (осенью 1915 года). Летом 1915 года через Гродненскую крепость направлялись большие потоки беженцев (особенно из Польши).

С 1916 года Марта Целминя была старшей сестрой лазарета Объединенного батальона латышских стрелков в Риге, потом в Валмиере, Дерпте (ныне Тарту) и Цесисе, где она работала вместе с хирургом, позже профессором и основоположником Латвийского Красного Креста Янисом Янковским (1876-1925). По приглашению шефа она в 1919 году стала старшей сестрой Рижской больницы Красного Креста, а в 1922 году она создала Общество сестёр милосердия Латвийского Красного Креста, руководителем которого она была до конца своей жизни.

Марта Целминя была сестрой с международным престижем, а чѐм свидетельствуют её множественные иностранные награды (Германии, Эстонии, Швеции, Бельгии и др.). Она как первая из латышских сестёр в 1925 году получила медаль имени Флоренс Найтингейл. Эта награда Международного комитета Красного Креста, которая присуждается медицинским сѐстрам за исключительную преданность своему делу и храбрость при оказании помощи раненым и больным, как в военное, так и в мирное время. В Латвии были четыре лауреата, и все они получили медаль за заслуги во время первой мировой войны.

ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ НА КАФЕДРЕ ТЕРАПИИ БЕЛМАПО

Пристром М.С., Штонда М.В., Сухих Ж.Л., Петров С.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Последние десятилетия отмечены значительными достижениями в медицинской науке. Широко внедряются в клиническую практику лабораторно-инструментальные методы исследования, активно развивается доказательная медицина. Это позволило существенно повысить эффективность диагностики внутренних болезней, их лечения и профилактики.

Основной фигурой современного здравоохранения, как и в предыдущие годы, остается участковый терапевт городских и районных поликлиник. Это наиболее многочисленный отряд медицинских работников. Именно к участковому терапевту, прежде всего, обращается за медицинской помощью больной человек по поводу различных заболеваний внутренних органов: сердечно-сосудистой системы, болезней суставов, органов дыхания и пищеварения, почек и т.д. Нередко ему приходится первому решать вопросы диагностики инфекционных болезней, патологии эндокринной системы, туберкулеза, онкозаболеваний и многих других болезней. От квалификации участкового терапевта, его теоретической подготовки и практического опыта во многом зависит ранняя диагностика заболевания, а, следовательно, и оказание своевременной лечебной помощи больному человеку.

В большинстве случаев участковому терапевту самому приходится проводить лечение в соответствии с установленным диагнозом. Поэтому он должен знать не только современные методики диагностики заболеваний терапевтического профиля, но и уметь правильно лечить таких больных с использованием современных лекарственных средств.

В сложных случаях диагностики и лечения он может и должен направить пациента на консультацию к врачу-специалисту узкого профиля с учетом предполагаемого заболевания (кардиологу, гастроэнтерологу, пульмонологу, онкологу, ревматологу и т.п.). Однако в большинстве случаев, участковому терапевту приходится самому решать вопросы, касающиеся первичной диагностики, лечения и профилактики упомяну-

тых заболеваний. Поэтому участкового терапевта справедливо называют еще и врачом широкого профиля.

Врач должен постоянно работать над совершенствованием своих теоретических знаний и практических навыков. Регулярное «обновление» профессиональных знаний и повышение квалификации врач-терапевт может осуществлять на курсах повышения квалификации, которые проводятся на кафедре терапии Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО).

Кафедра терапии организована в Белорусском государственном институте усовершенствования врачей в сентябре 1960 г. Заведующей кафедрой была избрана известный терапевт профессор С.С. Несвижская. С 1969 по 1998 гг. кафедру возглавлял профессор А.С. Чиж. С 1998 г. и по настоящее время кафедрой руководит заслуженный деятель науки Республики Беларусь профессор М.С. Пристром.

В разное время на кафедре работали известные в республике терапевты кандидаты медицинских наук Е.Е. Эпштейн, В.И. Юдицкая, И.Ф. Калинина, М.И. Некрашевич, А.С. Корзун, Е.А. Луговец, Г.А. Ящиковская, доктор медицинских наук Л.Д. Куница. И в настоящее время на кафедре работают опытные высококвалифицированные преподаватели, умело сочетающие в себе качества опытного практического врача, владеющего современными методами обследования и лечения пациентов, и высококвалифицированного педагога. Среди них 7 доцентов: С.А. Петров, Ж.Л. Сухих, И.Е. Атрощенко, Е.М. Банькова, М.В. Штонда, И.И. Семененков, В.Э. Сушинский; 2 ассистента: Е.П. Воробьева, В.В. Артючик.

С первых лет своего существования кафедра проводила циклы общего усовершенствования и специализации по терапии. Это были годы, когда закладывались и совершенствовались основы методологии и технологии последипломного медицинского образования. Постепенно тематика курсов расширялась и помимо общего усовершенствования по терапии стали проводиться курсы повышения квалификации по более узким разделам: кардиологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, а также переподготовка по специальности «Терапия». Существенное значение в повышении квалификации имеет и продолжительность курсов, которая в разные годы была разной – от 1 до 3-х месяцев. В настоящее время на кафедре проходят курсы длительностью 2 недели и 1 месяц.

Учебные программы регулярно обновляются и совершенствуются, разрабатываются с учетом достижений современной медицинской науки, направлены на совершенствование и приобретение слушателями новых знаний, основанных на доказательной медицине, по вопросам этиологии и патогенеза, методам и критериям диагностики, лечения и профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы, ревматических болезней, заболеваний бронхолегочной системы, эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы. Таким образом, на кафедре терапии врачи-терапевты, а при необходимости и узкие специалисты, могут повысить свои профессиональные знания по всем разделам внутренней патологии и по отдельным вопросам смежных дисциплин в течение одного курса повышения квалификации.

За 50 лет на кафедре прошли повышение квалификации более 10 000 врачей-терапевтов, в том числе сельских участковых больниц и амбулаторий, участковых терапевтов и заведующих терапевтическими отделениями районных и городских поликлиник и больниц, а также преподаватели терапевтических кафедр медицинских университетов, сотрудники научно-исследовательских институтов и Республиканских научно-практических центров.

Профессорско-преподавательским составом кафедры большое внимание уделяется совершенствованию мастерства преподавания, методическому обеспечению учебного процесса. Только за последние пять лет сотрудниками кафедры издано 25 учебно-методических пособий. Преподаватели кафедры регулярно повышают свою квалификацию не только по терапии, но и по смежным специальностям, а также по вопросам психолого-педагогического обеспечения образовательного процесса. Существенное значение в повышении квалификации врачей на кафедре имеет и техническая оснащенность кафедры. Сегодня оснащённость кафедры позволяет вести учебный процесс на самом высоком уровне. Кроме того, клиническая база кафедры, 2-я городская клиническая больница г. Минска, хорошо оснащена диагностической аппаратурой.

На кафедре терапии должное внимание уделяется воспитательной работе, включающей личный пример преподавателей, их отношение к своим обязанностям, пациентам, друг к другу, коллегам, слушателям. В каждой группе регулярно обсуждаются вопросы медицинской этики и деонтологии, вопросы идеологии белорусского государства и декреты Президента Республики Беларусь, основные направления развития здравоохранения. Сотрудники кафедры являются активными пропагандистами здорового образа жизни, выступают по телевидению, радио, в аудиториях перед населением, публикуются в республиканских средствах массовой информации.

Последипломная подготовка по терапии может осуществляться и в клинической ординатуре. Такую подготовку на кафедре прошли более 400 врачей (в том числе за последние пять лет – более 100). Среди них не только граждане Республики Беларусь, но и врачи из ближнего и дальнего зарубежья.

Таким образом, кафедра терапии за время своего существования внесла и продолжает вносить достойный вклад в последипломную подготовку врачей-терапевтов для здравоохранения Республики Беларусь.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АПТЕК СЛУЦКОГО РАЙОНА В ВОЕННЫЕ И МИРНЫЕ ГОДЫ В ВОСПОМИНАНИЯХ ПУГАЧЁВОЙ ГЛАФИРЫ НИКОЛАЕВНЫ

Пугачёва Г.Н., Бруй М.Г., Леонович М.С.

Минское РУП «Фармация»

«Родилась я в деревне Красnodворцы (теперь это Солигорский район) в далеком 1921 году. Родители были простые крестьяне. Работали они, как и все, в колхозе. Учёба в школе шла хорошо, может быть, и поэтому без особых проблем я поступила в Могилёвский медтехникум. В июне 1940 года закончила его, получив профессию фармацевта. По распределению была направлена на работу в город Брест фармацевтом-ассистентом. Работать было трудно из-за незнания польского языка. Постепенно освоилась, вышла замуж за молодого лейтенанта, выучила польский язык. Новая жизнь казалась счастливой, но светлые надежды и грёзы затмила ночь: на родной земле появился враг, принесший жестокость, насилие и смерть. Рано утром 22 июня 1941 года в квартиру прибежал посыльный со страшным известием: «Началась война». Муж попрощался и побегал на службу. Больше я его не видела и ничего о нём не знаю до сих пор. Мне удалось выехать из города. На третий день войны была уже в Слуцке, немцы город ещё не захватили. С попутным возом добралась до родных Красnodворцев. Там с приходом немецких оккупантов жизнь изменилась. На семейном совете решили, что мне лучше поселиться в Слуцке, так как родители опасались, что полиция узнает о муже-офицере. Отец снял в городе квартиру, а через месяц я устроилась на работу в аптеку ассистентом и рецептаром».

Аптека, в которой начала трудиться Глафира Николаевна Пугачева, находилась в ведении городской управы, которую возглавлял Бахман (до войны он преподавал немецкий язык в Слуцком педагогическом техникуме). Заведовал аптекой Василий Семёнович Литовкин. Кто он и откуда, никто из работников не знал: времена такие были, что никто лишнего не спрашивал и не говорил. Внешне симпатичный мужчина, но сильно хромотал на одну ногу. О нём у Глафиры Николаевны остались только хорошие воспоминания: вежлив, выдержан, немногословен, в коллективе его все любили.

Место работы рецептара не могло не привлечь внимание партизан. Глафира Николаевна вспоминает: «...Связные партизан стали ко мне обращаться за помощью. В доме, где я снимала комнату, прятала партизан, через связных передавала в партизанский отряд хлеб, медикаменты, перевязочный материал. Но со временем потребовались большие объёмы лекарств и перевязочных материалов, и я решила обратиться к Литовкину. Он выслушал меня молча, но когда наши взгляды пересеклись, я поняла, что отказа не будет. «Что надо, напиши на листе», — коротко сказал Василий Семёно-

вич. По такой же схеме работали и впредь. Позже я узнала, что заведующий аптекой был активным членом мощной Слуцкой подпольной группы Петра Маглыша. Но между нами никогда не было разговоров на тему сопротивления фашистам, хотя он, без сомнения, знал, для кого я собирала медикаменты.

В марте 1943 года подпольная группа Петра Маглыша была арестована. В тюрьме оказался и Василий Литовкин. Подпольщики во время их перевозки на допрос в Минск пытались бежать, но были убиты. Судьба миловала, в тот раз меня не тронули».

Фашисты и не подозревали, какую опасность для них таит в себе красивая, грациозная, всегда приветливая и обходительная девушка. Она по-прежнему поддерживала связь с партизанами и передавала им лекарства.

Со слов Графиры Николаевны, как-то раз связной, сделал ей странный заказ – достать сильнодействующий яд, она передала ему мышьяк и морфин. Если бы она знала, чем всё это обернётся! Можно предположить, что партизаны попытались через горничных отравить немецких офицеров, которые жили в домах, построенных для высоких военных чинов по улице Володарского (теперь ул. М. Богдановича). Удалось ли им это, неизвестно, но несколько офицеров серьезно заболели, а горничных арестовали. Говорили ещё, что одна из них «погорела» при прослушивании радио Москвы, а потом уже при обыске нашли тот самый яд, который передавала Глафира Николаевна. Так следователи вышли на нее.

Весной 1943 года её и еще несколько связных арестовали, они оказались в Слуцкой тюрьме. Постоянно водили на допросы-пытки в гестапо, что располагалось недалеко от рынка (по нынешней ул. Ленинской). Допросы были частыми, в течение двух месяцев били нещадно. От Глафиры Николаевны пытались узнать о связном, который постоянно приходил в аптеку. Всё обещали, что устроят с ним очную ставку. Однако через своих (в числе надзирателей тюрьмы) партизаны передали ей, что связной ушёл в отряд и во время одной из операций погиб. Это обстоятельство позволило девушке отпираться на допросах более уверенно. Делом занимались два следователя из гестапо. Один пожилой и полный, часто жаловался, что сердце болит. Затем его сменил худой и высокий, этот был особенно жесток.

Отец Глафиры Николаевны, узнав об аресте дочери, днями простаивал у тюремных ворот. Носил передачи (принимали только бельё), предлагал охране самогонку и деньги, пытаясь хоть как-то смягчить её участь. Начальник тюрьмы Колантай один раз жестоко его избил прямо у тюрьмы. Родственникам удалось пробиться на приём к главе управы Бахману и его заместителю. Но те денег не взяли, да ещё пригрозили дополнительными карами.

Чем бы всё кончилось, неизвестно. Выручать Глафиру Николаевну взялись партизаны и подпольщики. Были у них на службе в тюрьме свои люди, один из них – старший надзиратель Хотенко. Он же и передавал информацию. Уже в конце сентября девушку перестали вызывать на допросы, словно забыли. Случилось это, когда было совершено покушение на Вильгельма Кубе, гауляйтера Беларуси. Тюрма оказалась переполнена новыми арестованными. Хотя Глафиру Николаевну не трогали, но страшнее тех дней жизни, по её словам, у нее не было. Людей каждое утро уводили на расстрел, на их место пригоняли новых. Она ждала такой же участи.

Однажды во время очередной встречи Хотенко сообщил, что, вероятно, ночью девушку выведут из тюрьмы — мол, момент очень благоприятный. Так оно и случилось. Глафира Николаевна очень боялась, но ее до дома довёл провожатый. Из своей квартиры несколько месяцев она не выходила, пряталась. Потом всё улеглось. Девушка даже на работу в аптеку вернулась. После своего освобождения она хотела найти того надзирателя Хотенко, но сказали, что он был в партизанском отряде и погиб в бою. О нем и Василии Семёновиче Литовкине она хранит до сих пор светлую память в сердце, как о самых дорогих и близких людях.

К началу Великой Отечественной войны в Слуцке были две аптеки – городская и больничная, а также магазин сангигиены. В годы войны здание городской аптеки сгорело, а магазин разграблен. В освобождённом в 1944 г. городе Слуцке главврачу Крукову было поручено организовать работу городской аптеки. Глафира Николаевна Пугачёва и Нина Ивановна Шутович привели в порядок дом на улице Монахова, приобрели

стол, буфет, несколько стульев. Буфет приспособили для медикаментов. Первыми лекарственными препаратами были те, которые привезли с Большой земли для партизан. Так снова стали работать Слуцкая аптека №80 и больничная аптека, которую возглавила Глафира Николаевна.

В 1949 году построили небольшое кирпичное здание для Слуцкой аптеки №80 по улице Ленина (по этому адресу сейчас функционирует ЦРА №80 Слуцкого района), в нее и перешла работать заведующей Глафира Николаевна. Аптека была очень красивая и комфортная, около 250 кв. метров, в ней были организованы 3 отдела: по приёму рецептов и отпуску лекарственных средств; отдел ручной продажи; отдел оптики, где изготавливались и продавались очки. В этом помещении аптека находилась до 1975 года.

В конце 1956 года в Слуцке были открыты аптеки №79 и №175. В создании этих аптек принимал участие фармацевт Мороцкий М.Л., возглавлявший аптеку №79 на протяжении 20 лет (до 1982г.).

В 1962 г. аптечный пункт 1-й категории в д.Великая Слива реорганизован в аптеку №141. В январе 1968г. появилась еще одна новая аптека №169 в д.Знамя.

В 1968 г. в Слуцком районе уже функционировали 6 сельских аптек, 3 аптечных пункта 1-й категории, в городе – 3 городские аптеки и одна больничная, один аптечный киоск.

С 1975 по 1978 годы функции ЦРА Слуцкого района были возложены на аптеку №175. Это период строительства современного здания ЦРА №80. Реализацию лекарственных средств осуществляли в арендуемых приспособленных помещениях добровольного пожарного общества. Очень часто организовывались субботники на стройке аптеки, в которых с удовольствием участвовал весь коллектив аптеки в свободное от работы время. Работать было тяжело, но всех радовала мысль, что скоро они будут трудиться в прекрасном здании с новым производственным оборудованием и мебелью. В январе 1978 года аптека перешла в новое типовое здание в двух уровнях, площадь которого и сейчас составляет 1300 кв. метров. Здание возведено в черте исторического центра Слуцка и хорошо вписывается в общий силуэт современной застройки. Символично, что здание аптеки почти рядом с местом, где 350 лет назад была основана первая в Слуцке и одна из первых на Беларуси городская аптека, просуществовавшая 200 лет.

70-80-е годы были периодом расцвета аптечного дела. В это время строились аптеки по типовым проектам с учетом современных требований фармацевтической науки и практики. Аптеки обеспечивались современным типовым оборудованием для ассистентских комнат, торговых залов, материальных комнат, что позволило улучшить условия для хранения и отпуска медикаментов, а также качество приготовленных лекарственных форм, повысить уровень организации труда в аптеках.

В тот период было очень много экстремальной рецептуры, в аптеке работало шесть ассистентов, шесть рецептаров, три «ручника», дефектар, аналитик, заведующий и два заместителя заведующего, три бухгалтера, шесть фасовщиков, три кассира, пять санитарок. Много заготавливали лекарственного растительного сырья. В аптеке не было условий для сушки лекарственных растений, поэтому работники сушили сырьё дома и приносили в аптеку.

Аптека была дежурной с правом ночного сна, работали фармацевт и санитарка.

Коллектив ЦРА №80 участвовал в социалистическом соревновании в честь 50-летия Советской власти, награждался почётными грамотами. В 1988 – 1990годах на базе ЦРА проводились выездные семинары и совещания по обмену опытом работы, внедрялись современные формы и методы организации труда. В аптеке выпускалась стенгазета «Фармацевт».

На сегодняшний день ЦРА №80 Слуцкого района – аптека 1-й категории, одно из крупнейших структурных подразделений РУП «Минская Фармация». Аптека осуществляет лекарственное обеспечение населения Слуцкого района и является центром организационно-методического и административного руководства аптеками района.

Свыше 40 лет проработала Глафира Николаевна в аптеке №80, где пользовалась большим уважением среди коллег и посетителей, а в 70 лет она ушла на заслугу.

женный отдых.

ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА ПОЛОЦКОГО УЕЗДА (1903-1918)

Пуртов А.В.

УЗ «Россонская ЦРБ»

2 апреля 1903 г. было утверждено «Положение об управлении земским хозяйством в губерниях Виленской, Витебской, Волынской, Гродненской, Киевской, Ковенской, Минской, Могилевской и Подольской». В течение года это положение было введено в 3-х губерниях: Витебской, Минской и Могилевской. Тогда же были созданы Витебский губернский комитет и Витебская губернская управа по делам земского хозяйства. А в Полоцком уезде был создан уездный комитет и Полоцкая уездная управа по делам земского хозяйства, которые просуществовали до 1911 г. 14 марта 1911 г. губернский и уездный отделы были упразднены в связи с образованием Губернской и Уездных земских управ. Их функции были переданы соответствующим отделам этих управ.

Все больницы и другие медицинские учреждения Приказа общественного призрения Витебской губернии перешли к региональному земству. Не обошлось и без реформ. До введения положения об учреждении Управы, вся хозяйственная часть в городских больницах Приказа лежала на смотрителях, в сельских лечебницах – на врачах. После 2 апреля 1903 г. обязанности по хозяйству перешли к врачам или возлагались на правление больницы. Если в больнице не было правления, а оставались смотрители – хозяйство вели они (например, в Полоцкой больнице). В остальных случаях обязанности по ведению хозяйства возлагались на повивальных бабок, но под наблюдением врача.

В состав уездной управы входил отдел врачебного и общественного призрения и санитарный отдел. Первый отдел контролировал уездные, городские больницы, сельские лечебницы, врачебно-амбулаторные пункты и богадельни. Функция санитарного отдела заключались в составлении ежемесячных ведомостей о деятельности врачебного персонала и лечебных заведений, о заразных болезнях, выписке прививочных материалов и распределении его между врачами, борьбой с эпидемиями, строительством «заразных» барачков. Полоцкая Уездная управа имела врачебно-санитарную часть, в ведение которой входило строительство и аренда помещений для сельских лечебниц, амбулаторий и фельдшерских пунктов. Также она занималась ревизиями своих больниц и лечебниц.

На земскую медицину возлагали большие надежды, ведь медицинская помощь населению Полоцкого уезда оставалась неудовлетворительной. Было мало больниц и врачей, многие больницы не соответствовали требованиям того времени, их месторасположение было неудачным, снабжение медикаментами признавалось недостаточным, имело место текучка кадров. Врачи устраивались на работу через объявления в газетах, через информирование выпускников медицинских учебных заведений, иногда медицинский департамент назначал стипендиатов на определенное место работы. Чтобы решить кадровый голод, было решено приглашать на работу врачей женщин. За семьями земских врачей, которых призывали на военную службу, оставалась квартира. Ежегодный выпуск фельдшеров в количестве нескольких человек был явно недостаточен, на работу приходилось принимать «полуграмотных солдат» - ротных фельдшеров. Кроме того, выпускники фельдшерских школ, достигнув призывного возраста, уходили на военную службу и, как правило, не возвращались.

До введения в действие утвержденных штатов 24 апреля 1887 г. сельско-врачебной части, в каждом уездном городе работал уездный сельский врач, который лечил население всего уезда, в среднем на него приходилось 109 тыс. человек, живущих на площади 3,608 кв. верст. С 1887 г. Полоцкий уезд был разделен на два врачебных участка с одной сельской лечебницей на 10 коек, двумя приемными покоем на две койки, шестью фельдшерскими пунктами и тремя повивальными бабками на весь

уезд.

К началу XX в. в Полоцком уезде один врач приходился уже на 2133,75 кв. верст, и на 70920 населения (население Полоцкого уезда на тот момент составляло 141841 человек). Развитию медицинской службы в уезде мешала малограмотность и низкая культура крестьян. Так, крестьяне Струнской волости враждебно относились к медицинскому персоналу и заявляли земскому врачу «чтоб он ехал со своими снабжениями туда – откуда приехал».

Земствоя. как форма местного самоуправления, была призвана реформировать медицинское обслуживание населения в сторону его большей доступности. Уже к 1912 г. Полоцкий уезд делился на четыре земских участка. Полоцкий пригородный земский участок обслуживал Бононскую, Струнскую, Юровичскую, Туровлянскую волости, 1-й земский участок (Ловожский) обслуживал Ловожскую, Андреевскую, Михайловщинскую, Петропавловскую волости, 2-й земский участок (Повалишенский) обслуживал Вознесенскую, Артековичскую, Ефросиньевскую, Замшанскую волости, 3-й участок (Краснопольский) обслуживал Александровскую, Николаевскую и Владимирскую волости. Самостоятельные фельдшерские пункты располагались в с. Туровля, с. Юровичи, с. Белое (Замшанский медпункт), с. Горбачево, с. Любичи (Михайловщинский медпункт). На участках работало пять земских врачей, 15 земских фельдшеров, одна земская фельдшерица-акушерка, четыре повивальных бабки.

На земских собраниях обсуждалась и рассчитывалась смета на содержание сельских лечебных заведений и врачебного персонала (отопление, освещение, продовольствие для больных, наем прислуги, жалование медработникам, оплата квартирных), а также на изготовление одежды, белья и обуви, на выписку медицинских изданий, мелкий ремонт. Собрания принимали решение об открытии, закрытии, перемещении медицинских учреждений, об оплате командировочных с научной целью в Москву, С.-Петербург врачам больниц. В 1914 г. была учреждена межведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства, с предложением выяснить, сколько в уезде потребуется врачебных участков, сколько на это потребуется средств. За исходную единицу в сельской местности устройства общедоступной врачебной помощи был принят «нормальный» врачебный участок с радиусом 10 верст (314 кв. верст), и с населением от 9 до 11 тыс. человек, «оказывающий врачебную помощь амбулаторно для приходящих больных, так и коечную (стационарную) помощь, а также акушерскую помощь роженицам в лечебницах и на дому (разъездную)». Центры медицинской помощи должны были располагаться в центрах данной местности. На участке должен был работать один врач и младший персонал, из них не менее 2 фельдшеров или же фельдшер с подготовленной акушеркой. В центре участка полагалось быть лечебнице с койками для терапевтических, хирургических больных, а отдельно для острозаразных пациентов и рожениц. Две койки приходилось на 1000 человек, 0,2 койки на 1000 рожениц. На участках с радиусом более 10 верст полагалось организовать приемные покои, возглавляемые врачом или фельдшером, если они отстояли от лечебницы более чем 12 верст.

Земская управа посчитала, что в уезде потребуется 13 врачебных участков: в г. Полоцк, им. Повалишено, в с. Ловже, им. Краснополе и с. Орлове. Остальные участки распределялись так: в с. Горбачево Александровской волости, с. Заборье Владимирской волости, им. Соколище Ефросиньевской волости, м. Гомель, им. Андрееве Андреевской волости, с. Домниках Струнской волости, с. Белом Замшанской волости, м. Альбрехтове Вознесенской волости, а в с.Туровля, с. Юровичи, с. Любичи предполагалось открыть приемные покои с фельдшерами-акушерками. Нуждаемость в кадрах составляла 15 врачей, 43 человека младшего медицинского персонала, 53 человека больничной прислуги.

Для расширения лечебной сети Земской уездной управе собственных средств не хватало. На последнем съезде врачей и представителей земств Полоцкого уезда в 1913 г. было предложено ввести плату за амбулаторное и стационарное лечение с дворян, мещан и крестьян других губерний. До 1913 г. плата взималась только за стационарное лечение в Полоцкой земской больнице. В сельских лечебницах лечение оставить бесплатным. 2-е очередное Земское Собрание постановило взимать по 5 коп. с каждого амбулаторного больного, за исключением бедных, сифилитиков и острозараз-

ных больных. При этом предполагалось, что тот, кто будет больше лечиться - будет больше платить, что «значительно уменьшит указанную несправедливость и даст земству возможность расширить свою врачебную организацию, не прибегая к повышению обложения».

В Полоцком уезде земское здравоохранение активно участвовало в развитии специализированной медицинской и социальной помощи: офтальмологической, педиатрической, акушерско-гинекологической. На территории уезда действовал глазной отряд из Витебска, в состав которого входил окулист с помощником, «т.к. глазные болезни распространены в уезде, многие страдают глазами и не находят помощи за отсутствием врача-окулиста». Плата с больных не взималась. С 10 мая по 10 июня 1914 г. отряд проделал колоссальную работу: «многие исцелились вполне, другие получили большое облегчение и только к неизлечимо слепым лечение оказалось безуспешным». Полоцкое земство состояло в качестве члена в местном Совете Попечительства об охране материнства и младенчества. Попечительство имело своей целью путем охраны здоровья женщины и здоровья детей младшего возраста, особенно грудных младенцев, способствовать уменьшению детской смертности. Попечительство устраивало приюты для беременных, для кормящих матерей и грудных детей, родильные приюты, детские лечебницы, приюты-ясли, консультации для матерей и детей, учреждения «капли молока», молочные фермы.

В 1911 г. В Полоцком уезде из 99 хронических больных облегчение могли получить 22 хроника (в основном больные ревматизмом). Такие больные направлялись на специально организованные койки в г. Витебске. Остальные подлежали призрению. Необходимость в отделении для хроников в уезде была, как и была нужда в богадельне для неизлечимых больных, «которые остаются на улице и полиция доставляет их в лечебницы».

Земство участвовало и в реформировании медицинского образования. Земская управа внесла поправки при преобразовании Могилевской фельдшерской и повивальных школ. Эти преобразования должны были дать земству подготовленных фельдшериц-акушеров, вместо прежних повивальных бабок 2-го разряда, которые после окончания школы оставались без работы.

Большую роль играло земство и в становлении санитарно-эпидемиологической службы. Принятие мер для борьбы с эпидемиями было отнесено к обязанностям Губернского земства. А уездные земства в санитарном отношении обязаны были заботиться о правильной постановке лечебного дела в уезде, должны были способствовать, при содействии участковых врачей и гласных, открытию санитарных попечительств и развитию их работы. Оказывать денежные пособия, популяризировать гигиенические и санитарные сведения, принимать меры к устранению санитарных недостатков на местах. Кроме того, на уездное земство возлагались расходы на разъезды эпидемического персонала. Во время эпидемий в пределах уезда снабжение персонала медикаментами осуществлялось за счет сельских лечебниц. Снабжение временных изоляционных заразных отделений необходимым хозяйственным инвентарем (мебель, посуда), отопление и освещение заразных барачных помещений, наем прислуги, обеспечение продовольствием больных также возлагалось на уездные земства. Эпидемический персонал губернии до 1914 г. состоял из одного постоянного врача для командировок, шести временных эпидемических врачей, 14 студентов старших курсов, семи студентов младших курсов, 28 школьных фельдшеров и фельдшериц, 103 санитаров-дезинфекторов и пяти сестер милосердия.

Первая мировая война, близость фронта, февральский и октябрьский перевороты сильно затормозили развитие земской медицины. Снижение ассигнований на здравоохранение, призыв медицинских работников на военную службу подорвали только начавшуюся развиваться общедоступную медицинскую сеть. Полоцкая земская уездная управа окончила свою деятельность в декабре 1918 г. Вскоре после ухода немецких войск и установления в уезде Советской власти она была распущена.

ПРИКАЗНАЯ МЕДИЦИНА ВИТЕБСКОЙ ГУБЕРНИИ (1775 - 1903)

Пуртов А.В.

УЗ «Россонская ЦРБ»

Впервые на территории Беларуси Приказ общественного призрения (далее - Приказ), как орган здравоохранения и социального обеспечения, был создан в Полоцкой губернии с центром г. Полоцке в 1775 г. Он являлся органом, осуществлявшим контроль за деятельностью народных школ, лазаретов, больниц, сиротских домов, богаделен, и подчинялся Министерству Внутренних Дел. Полоцкий Приказ прекратил свою деятельность с 1797 г., когда Полоцкая и Могилёвская губернии объединились в Белорусскую губернию и был образован Приказ Белорусской губернии. Затем, после образования Витебской губернии в 1802 г., он был переименован в Витебский Приказ.

В состав совета Приказа Витебской губернии входили: Гражданский губернатор, Губернский предводитель дворянства, инспектор врачебной управы, столоначальники, смотритель Витебской больницы. В уездных больницах в совет Приказа входили: председатель - уездный предводитель дворянства, а также уездный воинский начальник, уездный исправник, городской голова, городской врач, смотритель. Функции начальника Приказа в уездах исполняли земские капитан-исправники, в городах – городничие. Приказ входил в совет Витебских богоугодных заведений во главе с председателем – губернатором, губернским врачебным инспектором, члены приказа, городской голова, старший врач губернской больницы.

Средства для деятельности Витебский Приказ получал, распоряжаясь доходами иезуитских имений для своих нужд, с процентов и дивидендов, приносимых капиталом Приказа, состоящего в облигациях Главного Общества Российских железных дорог, с процентов по Государственным денежным бумагам, с возврата лечебных издержек, за пользование в больницах и погребение в них, с платы за призреваемых в богадельне лиц, принадлежавших к сословным обществам, с апелляционных штрафов по судебным делам, с церковных кружечных сборов.

Основным смыслом работы Приказов была организация и финансирование образования, воспитания, медицины, призрение бедных и немощных. Эта организация, по сути, являлась прообразом современных социальных структур. С помощью ее государство осуществляло системный подход для медицинской и социальной помощи разным слоям населения. Витебская губерния к концу XIX века делилась на 11 уездов с населением 1407211 человек.

Витебский Приказ имел в своей структуре 11 больниц, по одной в каждом уезде, кроме г. Городка, где лечебница (на 28 коек) содержалась на средства крестьянских обществ, и три богадельни в г. Витебске, г. Велиже (на 20 коек), г. Полоцке (на 20 коек). Совет Приказа общественного призрения заседал в г. Витебске на ул. Замковой в доме Ниренштейна. Витебская больница (на 170 коек), основанная в 1810-х гг., располагалась по Богаделенской улице. Богадельня располагалась на Смоленской улице в доме Детского приюта. Велижская больница (на 28 коек) была открыта в 1830-х гг. в доме поручика Алексеенко по Витебской улице. Динабургская (на 26 коек) основана 6 марта 1881 г. по ул. Садовой, Дриссенская (на 26 коек) – по ул. Спасской в 1847 г. в доме Изралеита по набережной р. Западная Двина, Лепельская (на 26 коек) – по ул. Дворянской в 1847 г. на углу ул. Озерной в доме Бринк, Люцинская (на 30 коек) – в 1838 г. по Обводной улице в доме Лившица, Невельская (на 35 коек) – в 1865 г. по ул. Замковой в доме Бобрик, Полоцкая больница (на 52 койки) в 1830-х гг. в доме Эпштейна и Эммануила, Режицкая (на 46 коек) – в 1840-х гг. по Большой Николаевской улице в городском доме, Себежская (на 21 койку) – по Троицкой улице в городском доме в 1840-х гг. Кроме того, существовала заштатная больница в м. Сураж (на 21 койку).

Больница Приказа в г. Витебске помещалась в собственном двухэтажном каменном здании, где имелась своя церковь во Имя Божьей Матери «всех скорбящих радостей». Во дворе в деревянных зданиях были расположены все необходимые службы (аптека с лабораторией, кухня, прачечная, цейхгауз, покойницкая и флигель для смотрителя и кастелянши). Здание было построено в 20-х годах XIX века, несколько

ко раз капитально ремонтировалось, т.к. больница находилась в «неудобной» местности. Было тесным. В 1887 г. был поднят вопрос о постройке больницы на местности под названием «Юрьева горка».

Богадельня помещалась в каменном доме, принадлежавшем детскому приюту, и арендовалась Приказом. Она была учреждена на 75 коек, в т.ч. 10 коек для малолетних детей.

Витебская больница с отделением для умалишенных и больница в г. Себеже располагались в собственных зданиях. Двинская, Режицкая в домах, построенных и предоставленных властями. Дриссенская, Лепельская, Люцинская в домах, выделенных городской властью, Велижская, Полоцкая, Невельская – в частных домах, снимаемых за счет заведений. В штат больницы Приказа в г. Витебске входили: попечитель, старший врач, ординаторы, смотритель, управляющий аптекой больницы, делопроизводитель. В уездных больницах Приказа штат сотрудников состоял из попечителя, городского врача и смотрителя. Больницы Приказа получали хирургический инструментарий от фирмы «Оптика и механика» Швабе, а медикаменты и аптечные припасы, необходимые для подведомственных Приказу больниц, получали от С. Петербургского Русского общества торговли аптекарскими товарами.

Летом приём в больницах проводился с 7.00, зимой - с 8.00-10.00 утра, исключая случаи, не терпящие отлагательств. С простолюдинов брали плату. «Плата же за содержание лиц военного и прочих казённых ведомств (нижних воинских чинов и их семейств, новобранцев, гражданских арестантов и почтальонов) взималась по ежегодно утверждаемой таксе, утверждённой Министерством Внутренних Дел». Поступающие в больницу, исключая труднобольных, больные военного и прочих казенных ведомств принимались при препроводительных бумагах от этих ведомств. Частные лица могли помещать больных по своим заявлениям с оплатой лечебных издержек на месяц вперед.

Больные «пользовались» от разного рода болезней, причем самый большой процент от разного рода болезней составляли сифилитики и венерические больные – более 59%, умалишенные – 4,3%, тифозные – 2,9%. В течение 1859 г. на излечении находилось 2333 мужчин и 602 женщины. В трех богадельнях в Витебске, Велиже, Полоцке в 1859 г. призревалося 57 мужчин и 97 женщин.

На содержание больниц в 1893 г. при смете в 75618 руб. было израсходовано 72500 руб., а доход Приказа составил 30335 руб. или 41% годового расхода. На эту сумму воспитывалось около 20 детей-подкидышей, призревалося 90 нищих, безродных, престарелых, увечных и неспособных к личному труду. Содержание одного больного обходилось приказу 80 рублей в год, в то время как губерния давала на больного 1 рубль.

Приказ занимался также попечением подкидышей, круглых сирот, заботился о беспомощных детях бедных родителей. Воспитательных детских домов в Витебской губернии не имелось, поэтому всех подкидышей передавали в Приказ, который отдавал их на вскармливание в больницы для вскармливания «рожками», а затем подыскивал благодетелей из бедных сословий, которые за оплату по 3 рубля за каждого подкидыша воспитывали их до 8-милетнего возраста. По достижению этого возраста дети либо оставались в семье, либо направлялись Приказом в богадельни, а с 1885 г. на обучение в школы и мастерские. В 1887 г. Таких воспитанников было 15.

Богадельни содержались исключительно на средства Приказа, из-за недостатка которых места в них сохранялись для лиц, передаваемых Приказу по судебным приговорам (не помнящие родства, бродяги, престарелые и увечные). На бесплатной основе принимались дворяне, отставные чиновники, отставные солдаты и их вдовы, «неспособные к минимальному труду и не приписанные к другим обществам» (Витебское Благотворительное Общество, Динабургское Благотворительное Общество). Лица городских и сельских сословий принимались за плату от общества 9 руб. в месяц. В 1887 г. призревалося 44 человека: 20 мужчин, 22 женщины и двое детей.

Благодаря работе медицинских учреждений, в т.ч. и структурных подразделений Приказа общественного призрения, например в 1878 г., смертность в Витебской губернии на 1000 населения составила 31,1‰, в то время как в Орловской губернии - 46,0‰, Смоленской - 44,8‰, а по России в целом – 36,8‰. Прирост населения составил по

губернии 1,6‰, по России - 1,2‰. Рождаемость по губернии на 1000 человек составила 47,1‰, тогда как средняя рождаемость по европейским губерниям была 48,8‰.

К концу XIX века Витебский Приказ имел огромные недоимки из-за того, что «ни от города, ни от одного общества, ни от одного сословия, кроме казны, денежные средства в виде пожертвований на его счета не поступали». Между тем, контингент лиц, находящийся в больницах приказа набирался из городов, обществ и сословий, которые настоятельно требовали «открытия дверей» для их человека. Имелись трудности в выделении помещений от городской власти под больницы. Общества и сословия, от которых заведениям Приказа причиталась небольшая плата за призрение немощных и нищих их членов, иногда в течение нескольких лет, на вопрос об оплате отвечали отказом. Отдельные частные лица были так скупы в своих подаяниях нищим и убогим, призреваемых Приказом, что так называемый кружечный сбор, для которого почти во всех церквях губернии имелись на видных местах особые кружки для «не претендующих на известность жертвователей», в год собирал всего от 10 до 90 рублей. Но были и обратные случаи. Так, помещица Лепельского уезда пожертвовала для местной больницы новое белье (женские рубахи, наволочки и простыни), а крестьянские общества Люцинского уезда вызвались в течение шести лет давать по 205 рублей в виде пособия городскому обществу на наем в своем уездном городе частного дома под больницу, мотивировав это признательностью за бесплатное лечение многих крестьян, даже целыми семьями, от сифилиса (сифилитики пользовались в больницах Приказа за счет казны, за исключением лиц военного ведомства и проституток из домов терпимости).

30 июля 1903 г. Витебский Приказ общественного призрения был ликвидирован. Все дела и имущество Приказа были переданы вновь созданной Витебской Губернской Управе по делам земского хозяйства. Счетоводство и наличные суммы (билеты госбанка, ценные бумаги) тоже перешли в ее ведение.

Таким образом, можно сделать вывод, что в период своего существования Приказы являлись нужной и необходимой формой оказания медицинской и социальной помощи различным слоям населения. Однако Приказу, в силу ряда причин, в том числе и из-за нехватки финансовых средств и бюрократизма, не удалось полностью осуществить задуманное.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БЕШЕНСТВЕ В БЕЛАРУСИ

Ребенок Ж.А., Мишаева Н. П.

Бешенство остаётся фатальной инфекцией всех наземных теплокровных. Однако в последнюю четверть XX столетия появились сведения о возможном спонтанном выздоровлении или излечении от бешенства, хотя во всех этих случаях речь шла о необычном, а точнее об атипичном течении бешенства. В настоящее время ареал бешенства расширяется, в особенности, за счёт прямого и непрямого контакта с насекомоядными летучими мышами. Обнаружено около 30 бешенство-подобных вирусов, в том числе и патогенных для человека. Поэтому бешенство в настоящее время отнесено к группе «новых, вновь появляющихся и расширяющихся инфекций».

Обнаружена способность вируса бешенства длительно персистировать в иммунном организме с последующей возможной реактивацией. В том числе спустя длительное время, под воздействием стрессовых ситуаций. Заболевание при этом протекает атипично без характерной гидро- и аэрофобии, но с поражением ЦНС и последующим летальным исходом. Антирабические вакцины в подобных ситуациях не всегда эффективны, как неэффективны они при иммунодефицитных состояниях, например, при наличии ВИЧ-инфицирования.

Из изложенного вытекает, что традиционные методы и подходы к профилактике бешенства в Белоруссии и уже не обеспечивают необходимого прогресса, потому что

в значительной мере себя исчерпали. К превентивному лечению бешенства нужны новые подходы, среди которых первое место должен занять поиск терапевтических ингибиторов возбудителя на ранних этапах инфицирования. Сюда относится ингибция репродукции вируса, торможение темпа его продвижения от места внедрения инфекции до ЦНС, повышение протективной и репаративной функций иммунитета.

В качестве средства, подавляющего влияние вируса бешенства, в Беларуси предложен и с успехом и используется в течение 12 лет рифампицин в комплексе с вакциной при тяжёлых укусах бешеных животных. В течение этого времени не было ни одного случая заболевания или осложнения даже в самых, как казалось, безнадежных случаях – при волчьих укусах (проникающие ранения черепа, укус в глаз, скальпирование). Прежде при такого рода повреждениях развивалась гидрофобия, несмотря на введение больших доз АИГ и полный курс вакцинации. Предложенный и внедрённый метод комплексного постэкспозиционного лечения покусанных позволил снизить количество прививаемых до 25% от числа обратившихся за антирабической помощью. Метод позволяет сразу же накладывать швы на имеющиеся раны, которые после этого заживают без осложнений первичным натяжением.

Распространение бешенства в мире характеризуется на сегодняшний день как нозоареал глобального масштаба. Бешенство не зарегистрировано только в Антарктиде и островных государствах Океании. Бешенство – типичный природно-очаговый зооноз.

Для Беларуси характерны очаги бешенства, в которых домашние плотоядные, в основном собаки, являются переносчиками вируса от инфицированных диких хищников домашним и сельскохозяйственным животным, а также человеку. Такие очаги особенно характерны для рекреационных зон заповедников и национальных парков, поскольку в них легко осуществляется достаточно частый контакт домашних и синантропных животных с дикими.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ НАУЧНЫХ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ПОСТРАДАВШЕМУ ОТ АВАРИИ НА ЧАЭС

Рожко А.В., Воробей В.С., Шафранская М.А., Масякин В.Б.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
экологии человека»*

Одной из важнейших задач организации медицинской помощи населению Республики Беларусь, пострадавшему от катастрофы на Чернобыльской АЭС, является сохранение здоровья населения, проживающего на загрязненной территории. С первых дней после аварии, правительство Беларуси организовывало и проводило широкомасштабные мероприятия, направленные на оценку радиационной обстановки, обследование и защиту населения. В те годы в Беларуси не существовало учреждений здравоохранения, занимавшихся вопросами радиационной медицины. Также не существовало научной концепции, позволяющей дать обоснование проводимых медицинских мероприятий.

В целях минимизации медицинских последствий катастрофы на ЧАЭС с 1986 года в республике осуществляется специальная диспансеризация пострадавшего населения согласно приказам Министерства здравоохранения: от 07.05.1987 №640-ДПС, от 30.06.1992 №104 «О диспансеризации населения, подвергшегося радиационному воздействию в результате катастрофы на ЧАЭС», от 23.04.1999 №122 «О совершенствовании диспансеризации населения, пострадавшего от катастрофы на Чернобыльской АЭС», от 18.10.2001 № 250 «О совершенствовании диспансеризации граждан, пострадавших вследствие катастрофы на ЧАЭС, и приравненных к ним категорий насе-

ления», постановления МЗ РБ от 16.03.2010 №28 «О порядке организации диспансерного обследования граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий».

Диспансеризация граждан организована в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства, где проводятся периодические медицинские осмотры, динамическое наблюдение, профилактические, лечебно-реабилитационные и оздоровительные мероприятия в соответствии с установленной группой здоровья, анализ состояния здоровья лиц, подлежащих диспансеризации, и оценка ее эффективности.

Важная роль в медицинском обеспечении пострадавшего населения принадлежала выездным диагностическим бригадам. С первых дней после катастрофы были сформированы бригады врачей и медицинских работников из областных медицинских учреждений, которые работали на загрязненных территориях вахтовым методом. Для накопления опыта и формирования единого подхода к медицинскому обеспечению пострадавшего населения в загрязненные районы приезжали бригады ученых-медиков из медицинских ВУЗов и медицинских учреждений г.г. Москвы, Ленинграда, Обнинска. Анализ работы выездных диагностических бригад показал высокую эффективность этой деятельности, особенно при диагностике тиреоидной патологии, в том числе рака щитовидной железы.

В мае 1987 года приказом Минздрава СССР были определены категории пострадавшего населения, формы их регистрации, уровни и инструкции по диспансерному наблюдению, началась организация Всесоюзного распределённого регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации в результате аварии на Чернобыльской АЭС. В дальнейшем на базе Всесоюзного распределённого регистра был организован Белорусский государственный регистр лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС (Госрегистр). До настоящего времени информация о состоянии здоровья населения, полученная в результате проводимой в республике специальной диспансеризации, вносится в базу данных Госрегистра. База данных Госрегистра постоянно верифицируется и полученные материалы в целом отражают ситуацию по заболеваемости населения, пострадавшего от катастрофы на ЧАЭС.

Существовавшая на территории республики сеть медицинских учреждений по своей материальной базе и техническому обеспечению не обладала всеми необходимыми лечебно-диагностическими возможностями для оказания реальной помощи людям, чье здоровье было нарушено в результате аварии. Поэтому возникла необходимость создания научных и лечебно-профилактических учреждений, призванных проводить не только организационно-методическую работу, но и оказывать пострадавшему населению консультативную и лечебно-диагностическую помощь.

Во исполнение постановления ЦК КПБ и Совета Министров БССР от 05.03.1988 №69, приказа МЗ СССР от 07.04.1988 №282 и в целях концентрации научных исследований, связанных с изучением медико-экологических аспектов аварии на Чернобыльской АЭС, внедрения в практику здравоохранения профилактических мероприятий среди населения в г. Минске организован Научно-исследовательский институт радиационной медицины (НИИ РМ). Со дня основания института его возглавлял академик Российской академии медицинских наук, доктор медицинских наук Владимир Александрович Матюхин. Приказом МЗ РБ №282 от 17.12.1996 НИИ РМ реорганизован в Научно-исследовательский клинический институт радиационной медицины и эндокринологии (НИКИ РМиЭ). При институте функционировал Республиканский межведомственный экспертный Совет по установлению связи заболеваний с работой по ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.

С целью координации работ по преодолению последствий катастрофы на ЧАЭС было создано научно-практическое объединение «Радиационная медицина» во главе с Министром здравоохранения Республики Беларусь Казаковым Василием Степановичем.

Постановлением Совета Министров Белорусской ССР №374 от 30.12.1988 создана клиника НИИ РМ на базе ликвидируемого санатория «Аксаковщина» Четвертого Главного управления Минздрава БССР. Главный врач – к.м.н., Корытько Сергей Сергеевич.

С учетом возросшего объема медицинских задач по диспансеризации населения, подвергшегося радиационному воздействию в результате аварии на ЧАЭС, и в соответствии с приказом МЗ РБ от 7.09.1990 №144 диспансерно-поликлиническое отделение клиники НИИ РМ реорганизовано в самостоятельный республиканский диспансер научно-исследовательского института радиационной медицины Минздрава БССР. Главным врачом диспансера назначен Ржеутский Валерий Александрович.

В 1990 году на основании Государственной программы по ликвидации в Белорусской ССР последствий аварии на Чернобыльской АЭС на 1990-1995 годы, постановления Совета Министров Белорусской ССР №374 от 30.12.1988 в г. Могилеве создан филиал НИИ РМ, который в 1996 году реорганизован в Белорусский научно-исследовательский институт экологической и профессиональной патологии (БелНИИ-ЭПП). Директор – д.м.н., Остапенко Валерий Алексеевич.

В соответствии с постановлением Совета Министров Белорусской ССР от 19.12.1990 №323, приказом Министерства здравоохранения БССР №229 от 28.12.1990 в г. Витебске создан филиал НИИ РМ. Директор – д.м.н., Жаворонок Сергей Владимирович.

В соответствии с постановлением Совета Министров БССР от 30.12.1988 №374, приказом Министерства здравоохранения Белорусской ССР от 04.10.1989 №165 в г. Гомеле создан филиал НИИ РМ. Директор – к.м.н., Скрыбин Анатолий Михайлович. Впервые в Гомельском филиале было сформировано новое научное направление – психосоциальные и психосоматические аспекты здоровья пострадавшего населения, которое в настоящее время является общепринятым. Результаты этих исследований легли в основу разработанных программ медико-психологической реабилитации пострадавшего населения.

Наряду с филиалом НИИ РМ в Гомельской области функция оказания пострадавшему населению консультативной и лечебно-диагностической помощи была возложена на областной диспансер радиационной медицины, который начал функционировать 10 сентября 1990 года. Главным врачом назначен Держицкий Виктор Евдокимович.

Гомельский областной диспансер радиационной медицины активно участвовал в выполнении ряда международных проектов по изучению состояния здоровья пострадавшего населения, проводимых под руководством Министерства здравоохранения Республики Беларусь: Белорусско-Голландский проект, проект «Чернобыль - Сасакава» (Япония), Международный тиреоидный проект в рамках Белорусско-Итальянского сотрудничества, Белорусско-Американский проект по изучению патологии щитовидной железы у граждан республики, подвергшихся радиационному воздействию.

Однако технические возможности диспансера, позволявшие проводить лишь диагностику заболеваний на догоспитальном этапе и консультирование больных, не обеспечивали в полном объеме оказание медицинской помощи пострадавшим в результате аварии на ЧАЭС. Учитывая особую сложность и напряженность экологической и медицинской ситуации в Гомельской области, принято решение о строительстве специализированного диспансера в городе Гомеле.

Идея строительства ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» возникла в 1990 году и была предусмотрена государственной союзно-республиканской программой неотложных мер на 1990-1992 годы по ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, утвержденной Верховным Советом СССР.

Во исполнение п. 1.3 Протокола поручений Президента РБ №20 об упорядочении в 2002 году действующей системы научно-исследовательских организаций системы МЗ РБ, и в целях необходимости повышения эффективности научно-практических мероприятий, направленных на минимизацию медицинских последствий катастрофы на ЧАЭС, приказом МЗ РБ от 06.12.2002 №172 было создано государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦ РМиЭЧ»). На должность директора ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ» назначена доктор медицинских наук Капитонова Элеонора Кузьминична.

Создание ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ» произошло в результате реорганизации учреждений системы МЗ РБ, занимающихся проблемами последствий катастрофы на ЧАЭС: НИКИ радиационной медицины и эндокринологии, включая Гомельский филиал; НИИ

экологической и профессиональной патологии (г. Могилев); Гомельский областной диспансер радиационной медицины.

Ввод в эксплуатацию современного медицинского центра, не имеющего аналогов в странах СНГ, позволил решать не только задачи практического здравоохранения, но и производить серьезные научные исследования в области радиационной медицины.

Сегодня ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» представляет собой современное уникальное по своей структуре и решаемым государственным задачам учреждение.

В ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» специализированная медицинская помощь пострадавшему населению оказывается в консультативно-диагностической поликлинике на 500 посещений в смену по 19 врачебным специальностям (гематология, эндокринология, офтальмология, иммунология, хирургия, гинекология, оториноларингология и др.) и стационаре на 360 коек в составе 9 клинических отделений. Медицинская наука представлена 4 научными лабораториями: лабораторией радиационной защиты, лабораторией эпидемиологии, лабораторией клинических исследований и лабораторией молекулярной генетики.

Ежегодно в стационаре ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» медицинская помощь оказывается более 13 тыс. пациентам, в том числе выполняется более 4,7 тыс. хирургических вмешательств, из них более 1 тыс. высокотехнологических. Открыты и функционируют отделения нового профиля: иммунопатологии и аллергологии, эндокринной и реконструктивной хирургии. В консультативной поликлинике осуществляется более 200 тыс. посещений в год.

ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» является головной организацией по научному обеспечению Государственной программы Республики Беларусь по преодолению последствий катастрофы на ЧАЭС на 2011-2015 годы по мероприятию «Социальная защита, медицинское обеспечение и оздоровление пострадавшего населения» и ведущим учреждением Республики Беларусь, занимающимся изучением проблем воздействия малых доз радиации на организм человека.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ПОСТРАДАВШЕМУ ОТ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Рожко А.В., Надыров Э.А., Власова Н.Г., Висенберг Ю.В., Масякин В.Б.

ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

Одной из важнейших задач оказания медицинской помощи населению Беларуси, пострадавшему от последствий аварии на Чернобыльской АЭС, является сохранение здоровья людей, участвовавших в ликвидации последствий аварии, населения, эвакуированного из наиболее загрязненных населенных пунктов и населения, постоянно проживающего на загрязненных радионуклидами территориях. Разработка организационных мероприятий по охране здоровья различных категорий пострадавшего населения была начата практически сразу после аварии на атомной станции.

Во исполнение п. 1.3. протокола поручений Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко от 25.04.2002 №-20 об упорядочении действующей системы научно-исследовательских организаций Министерства здравоохранения Республики Беларусь, поручения Совету Министров РБ от 22.10.2002 г. №-38/204-666, по согласованию с государственным комитетом по науке и технологиям, Министерством финансов РБ и Гомельским облисполкомом и в целях необходимости повышения эффективности научно-практических мероприятий, направленных на минимизацию медицинских последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, было создано государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» в г. Гомеле. Открытие Центра состоялось 31 декабря 2002 года с участием

главы Государства А.Г.Лукашенко.

Создание ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» произошло в результате реорганизации учреждений системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, занимающихся проблемами последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС:

- НИКИ радиационной медицины и эндокринологии, включая Гомельский и Витебский филиалы, клинику «Аксаковщина»;
- НИИ экологической и профессиональной патологии г. Могилев;
- Республиканский диспансер радиационной медицины;
- Гомельский областной диспансер радиационной медицины.

За прошедшие годы специалисты Центра приняли участие в реализации трех Государственных программ по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, обеспечивая научное сопровождение решения медицинских проблем. В рамках последней Государственной программы 2006–2010 гг. проведены многочисленные исследования, послужившие основой для принятия организационных решений по совершенствованию системы медицинского динамического наблюдения населения, пострадавшего вследствие катастрофы и нормативной базы здравоохранения.

В новом Постановлении Совета Министров Республики Беларусь от 11.06.2009 №773 «Об утверждении положений о межведомственных экспертных советах по установлению причинной связи заболеваний, приведших к инвалидности или смерти, у лиц, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, и о Государственном регистре лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий» расширены критерии включения в Государственный регистр информации по различным категориям пострадавшего населения. Это позволяет на республиканском уровне формировать данные о критических группах населения и проводить радиационно-эпидемиологический и статистический анализ о наиболее информативных, в плане медико-биологических последствий катастрофы на ЧАЭС категорий лиц.

Существенные изменения внесены в порядок присвоения причинной связи заболевания (инвалидности) с катастрофой на ЧАЭС. Это касается как перечня нозологических форм, так и критериев причинной обусловленности этой связи. Данные изменения закреплены в новом постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.06.2009 № 73 «Об утверждении перечня заболеваний, возникновение которых связано с непосредственным радиационным воздействием, перечня заболеваний, возникновение которых может быть связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС, другими радиационными авариями, и о признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов и структурного элемента нормативного правового акта».

При разработке Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.03.2010 г. № 28 «О порядке организации диспансерного обследования граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и структурного элемента нормативного правового акта» были определены объективные критерии формирования групп повышенного радиационного риска и определен оптимальный объем ежегодного медицинского осмотра.

Важным итогом выполнения последней Государственной программы 2006–2010 гг. явилась подготовка Медицинского раздела Национального Доклада 2011. Масштабное аналитическое радиационно-эпидемиологическое исследование показало, что в целом за прошедшие годы не произошло существенного ухудшения состояния здоровья среди различных категорий пострадавшего населения. Показатели онкологической заболеваемости находятся в пределах среднереспубликанских значений. В то же время среди отдельных категорий пострадавшего населения, в частности в группах повышенного риска выявлена избыточная заболеваемость не только раком щитовидной железы, но и некоторыми другими локализациями рака. Установлено, что лица, облученные в детском возрасте подвержены большему риску развития доброкачественной патологии щитовидной железы.

По направлению «Радиационная защита и дозовый мониторинг населения» Государственных программ проведены ряд научных исследований, в результате которых:

- Подготовлен Каталог годовых эффективных доз облучения в 2004 г. (ГЭДКГ–2004) жителей населенных пунктов Республики Беларусь. Каталог положен в основу Постановления Совета Министров РБ от 23.12.2004 №1623 «Об утверждении перечня населенных пунктов и объектов, находящихся в зонах радиоактивного загрязнения».

- Разработан Каталог поглощённых доз облучения щитовидной железы жителей населённых пунктов Беларуси, который использован при тиреоидозиметрической паспортизации, проводимой для ранжирования территории республики по степени воздействия радиоактивного йода на людей, оценки риска заболеваний щитовидной железы в зависимости от дозы облучения.

- Подготовлен Каталог накопленных доз облучения жителями населённых пунктов Беларуси.

- Проведена оценка структуры дозы облучения населения Брестской, Гомельской и Могилёвской областей от основных источников ионизирующего излучения, которая явилась основанием для подготовки и издания 3 сборников “Эффективные накопленные за год и коллективные дозы облучения населения Брестской, Гомельской и Могилёвской области от основных дозообразующих источников (чернобыльский, рентгенологические процедуры и природные)”, которые используются для информации органов управления и обеспечения открытости данных о дозах облучения, что позволяет повысить доверие к полезному использованию ионизирующего излучения во всех сферах деятельности человека.

Следует подчеркнуть, что для решения научных задач в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» созданы условия, стимулирующие научную и творческую активность персонала. Только в 2011 г. в Национальный центр интеллектуальной собственности было подано 15 заявок на изобретения и 5 заявок на полезные модели, получено 8 патентов на изобретение, 8 патентов на полезную модель, 45 патентов поддерживалось в силе.

В 2011 году опубликовано 236 научных работ от 117 авторов, среди которых 95 сотрудников – практических врачей. Опубликовано 2 монографии, 3 учебных пособия, материалы Международной научно-практической конференции «25 лет после Чернобыльской катастрофы. Преодоление ее последствий в рамках Союзного государства»; 2 номера научно-практического журнала «Медико-биологические проблемы жизнедеятельности».

О СОДЕРЖАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КОММЕНТАРИЯХ К ТРУДАМ КЛАССИКОВ НАУЧНОГО КОММУНИЗМА

Романова А.П.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Вид общественно-экономической формации, политический строй, степень напряженности классовой борьбы, уровень экономического развития и достижений науки определяет содержание здравоохранения на различных этапах общественного развития.

Периоды смены общественно-экономических формаций характеризуются обострением классовой борьбы, где основным требованием эксплуатируемых классов является расширение социальных прав. Здравоохранение, как социальное право на охрану здоровья, в этом контексте, приобретает политический характер. Основоположниками научного коммунизма была доказана связь состояния общественного здоровья с политическим строем, установлена социальная сущность здравоохранения.

К. Маркс, Ф. Энгельс, исследуя капиталистический способ производства и проводя анализ социальных основ здравоохранения, указывают на прямую зависимость распространенности болезней среди рабочих от чрезмерной эксплуатации. Эксплуатация пролетариата указывается как основная причина сокращения продолжительности жизни и неудовлетворительного состояния здоровья рабочих: изнурительный труд,

травматизм, антигигиенические условия труда на предприятиях, снижающие устойчивость к болезням. Классиками марксизма – ленинизма показано, что капиталистический способ производства порождает причины, отрицательно действующие на здоровье трудящихся: неудовлетворительные бытовые условия, питание, пьянство, распространение проституции. Способ производства создает такие условия труда и быта трудящихся, которые наносят значительный ущерб их здоровью, которые не могут быть компенсированы врачебной помощью, прежде всего, в силу ее недоступности.

В своем труде «Развитие капитализма в России», В.И. Ленин показал, что капиталистическая эксплуатация, рабочий день, продолжительностью до 12–15 часов, отсутствие элементарных социально – гигиенических условий труда и быта, существование на грани нищеты, плохие жилищные условия и питание, крайне недостаточная медицинская помощь отрицательно влияют на состояние здоровья, способствует распространению болезней и преждевременному физическому вырождению трудящихся. В.И. Ленин изобличает эксплуатацию женщин, использование труда детей в возрасте 7-8 лет с продолжительностью рабочего дня до 16 часов на вредных производствах. Меры по охране здоровья осуществляются в целях ограждения самого господствующего класса от опасностей эпидемий, или создания наиболее благоприятных условий для эксплуатации трудящихся. Анализ капиталистического способа производства, степени развития производственных сил, позволил сделать вывод о том, что вопросы охраны здоровья в капиталистической формации определяются степенью заинтересованности капитала в сохранении наемной рабочей силы.

В.И. Ленин показал неразрывность революционных преобразований по установлению нового социального строя, свободного от эксплуатации, с борьбой трудящихся за право на здравоохранение. Охрана здоровья, выведена как одна из основных целей, которая должна быть решена в ходе революционной борьбы, так как только уничтожение капиталистических производственных отношений приведет к коренному изменению положения эксплуатируемых классов – пролетариата и крестьянства. Охрана здоровья трудящихся путем обеспечения здоровых условий труда и быта, выводится как политический лозунг революционного движения по уничтожению буржуазного строя и ликвидации царизма.

Улучшение условий труда и быта, как основополагающих в вопросах охраны здоровья приобретает неразрывную связь и выраженную мотивационную нагрузку в политической борьбе против царизма. На формирование отношения трудящихся к революционной борьбе, оказывают прокламации о голоде, нищете, болезнях, губительных условиях труда на различных производствах. Используются все информационные каналы: выступления перед трудящимися, страницы газет, прежде всего, «Искры». В газете публикуются материалы, отражающие связь потери трудоспособности с опасными, вредными и антисанитарными условиями труда и отсутствие социальной защиты в случае получения вреда здоровью от них на различных предприятиях, неудовлетворительное состояние медицинской помощи, быта рабочих и крестьян, изнурительном труде женщин и детей. Активная публикационная и пропагандистская деятельность не только усиливает социальную напряженность в обществе, но и логически подводит к путям ее разрешения через политическую борьбу по свержению существующего общественно-политического строя.

На страницах газет находят свое отражение и анализы, сделанные на основании санитарных отчетов об инфекционной заболеваемости, занимавшей, в тот период, ведущие позиции в структуре заболеваемости населения. Для обоснования выводов по обвинению царского режима, В.И. Ленин использует работы земских врачей по описанию состояния здоровья различных социальных групп населения. Данные о том, что капиталистический способ производства, гигиенические условия труда, мизерная заработная плата, высокие цены на продукты питания, порой сомнительного качества, обрекающие трудящихся на постоянную нужду, также находят свое широкое информационное отражение. Успешная борьба с эпидемиями, искоренение «социальной язвы» - туберкулеза могут быть успешно реализованы в условиях нового социально-политического строя, на борьбу по установлению которого, рабочие и крестьяне должны объединить свои усилия. Охрана здоровья выведена как задача партии, неразрывно связанная с политической борьбой рабочего класса. Вопросы здравоохранения

приобретают государственный, социально-политический и классовый характер и отражают интересы и суть борьбы пролетариата за здоровье: улучшение условий труда и быта. Изменение условий труда вследствие установления нового социального строя, изменит положение рабочего класса и позволит создать условия для охраны здоровья трудящихся.

Содержание здравоохранения нельзя рассматривать в отрыве от исторических событий того и последующих периодов, т.к. его состояние зависит от уровня политических, социальных и экономических преобразований и научных достижений. История развития и становления советской государственной системы здравоохранения – часть революционной борьбы рабочего класса за установление социалистического строя. В.И. Ленин писал: «Весь дух марксизма, вся система требует, чтобы каждое положение рассматривать лишь (а) исторически; (бета) лишь в связи с другими; (гамма) лишь в связи с конкретным опытом истории». Истоки советского здравоохранения находят свое отражение в первых программных и политических документах партии в виде требований трудящихся в области охраны здоровья.

В период до 1917 года содержание здравоохранения, как политической составляющей борьбы пролетариата, нашедшей свое отражение в работах классиков научного коммунизма, предполагает оздоровление условий труда и быта рабочих, борьбу с массовыми заболеваниями и высокой смертностью среди трудящихся. В период становления советского здравоохранения эти положения будут положены в основу принципа профилактической направленности здравоохранения.

ХУДОЖЕСТВЕННЫЕ ПРОИЗВЕДЕНИЯ КАК ИСТОЧНИК ДЛЯ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Рудая С. П.

Институт моделирования и дизайна им. С. Дали (Киев, Украина)

Как писал И.И. Мечников, опаснейшей для человека заразной болезнью, которая уничтожала людей в течение столетий, безусловно, является чума: «Из всех болезней чума оставила по себе самые глубокие следы в истории» (И. И. Мечников, 1897, с. 148). Факты, свидетельствующие о её существовании ещё за 1000 лет до н. э., можно почерпнуть из письменных памятников разных народов. Согласно Библии, чума является результатом справедливого божьего гнева: «И сказал Господь Моисею: пойдёшь к фараону и скажи ему:...если ты не захочешь отпустить народ мой...то рука Господня будет на скоте твоём, который в поле, на конях, на ослах, на верблюдах, на волках и на овцах: будет моровая язва весьма тяжёлая... И поднимется пыль по всей земле, и будет на людях и на скоте воспаление с нарывами» (Библия, 1904, Ч. 1, с. 83-84).

Родиной чумы является Восток. В Европе она появилась впервые за 430 лет до н. э. в Афинах, во время Пелопоннесской войны, получив название «моровая язва Фукидида». Известный историк древности Фукидид (460-400 гг. до н. э.) сам перенёс чуму и смог подробно описать симптомы этого заболевания в своей книге «История». О чуме в Греции упоминает и Юлий Цезарь (100-44 гг. до н. э.) в одной из своих книг.

Поэтическое описание чумной эпидемии в Афинах оставил Лукреций Кар (95-55 гг. до н. э.) в поэме «О природе вещей»:

«...в глубинах Египта родясь и выйдя оттуда,

Долгий по воздуху путь совершив и по водным равнинам,

Пал этот мор, наконец, на всё Пандионово племя,

И на болезнь, и на смерть повальную всех обрекая» (Лукреций Кар, 1983, с. 230).

События, происходившие во Флоренции во время эпидемии чумы 1348 г., ярко представлены Джованни Боккаччо (1313-1375) в «Декамероне»: «Чума распространялась тем быстрее, что больные, общаясь со здоровыми, их заражали, - так пламя охватывает находящиеся поблизости сухие или жирные предметы. Весь ужас был в том,

что здоровые заболевали и гибли не только после беседы и общения с больными, - заражались этой болезнью однажды дотронувшиеся до одежды или же ещё до какой-либо вещи, до которой дотрагивался и которой пользовался больной» (Д. Боккаччо, 1970, с. 36). Последствия болезни были ужасны: «Так как для великого множества мёртвых тел, которые каждый день и чуть ли не каждый час подносили к церквям, не хватало освящённой земли, необходимой для совершения похоронного обряда, ...то на переполненных кладбищах при церквях рыли преогромные ямы и туда опускали целыми сотнями трупы...Клади их в ряд, словно тюки с товаром в корабельном трюме, потом посыпали землёй, потом клали ещё один ряд – и так до тех пор, пока яма не заполнялась доверху» (Там же, с. 40).

В Англии чума впервые появилась в 1483 г., в течение нескольких дней охватила всю страну, а около середины сентября проникла в Лондон. Производимые ею опустошения были ужасающими: 99% заболевших умирали. Эпидемия продолжалась до октября 1485 г., а затем внезапно прекратилась. В XVI в. было отмечено ещё четыре эпидемических волны: в 1506, 1516-1518, 1529-1530 и 1551 гг. (К. Г. Васильев, А. Е. Сегал, 1960, с. 39).

«Великая Чума» ("GreatPlague"), разразившаяся в Лондоне в следующем столетии – в 1665 г. – описана в «Дневнике чумного года» Даниэля Дефо (1660-1731), автора широко известного романа «Робинзон Крузо». Во время эпидемии он находился в Лондоне, и по смутным детским воспоминаниям, по свидетельствам очевидцев, в частности, своего дяди Генри Фо, а также по историческим материалам им была воссоздана мрачная картина жизни лондонцев в этот страшный год. Перед глазами читателей предстали закрытые наглухо дома, повозки с мертвецами, люди, бредущие, как луна-тики. Иногда они сами бросались в ещё незарытые могилы, где их погребали заживо. Болезнь набирала силу: если в августе в одну погребальную яму помещали 50-60 трупов, то в сентябре уже около 400 (D.Defoe.A journal of the plagueyearwrittendyacitizenwhocontinuedallthewhile in London, 1911, p. 66-67). Проявив возможность отражения в художественном повествовании реальных событий минувших дней, Даниэль Дефо в своём «Дневнике» создал первый исторический роман, который высоко оценил признанный мастер этого жанра Вальтер Скотт (1771-1832). Поскольку в основе романа Д. Дефо лежали подлинные исторические факты, он обладал определённой степенью исторической достоверности, что, однако, требовало весомых доказательств.

Уже в первой половине XVIII в. доктор Мид, известный врач того времени, подтвердил правильность описаний чумной эпидемии Даниэлем Дефо. А во второй половине XX в. американский исследователь, доктор Ватсон Николсон, тщательно изучив оригинальные исторические документы, относящиеся к 1664-1665 гг., которые хранились в коллекциях Британского музея, пришёл к заключению, что «Дневник чумного года» Д. Дефо является не художественным вымыслом, а достоверной регистрацией исторических фактов, воссоздающих подлинную историю Великой Чумы. В монографии В. Николсона приводится архивный документ, отражающий появление в Лондоне чумных эпидемий с 1603 по 1666 гг. – «Бюллетень смертности от чумы в Лондоне и его окрестностях». Из имеющихся в «Бюллетене» данных очевидно, что эпидемия, имевшая место в 1665 г., действительно произвела самые ужасные последствия: число погибших в этом году от чумы составило 68.596 человек (W. Nicholson, 1966, p. 167-168). Отметив отдельные ошибочные моменты, имеющиеся в романе, В. Николсон определил их как незначительные. Так, например, если, согласно роману Дефо, чума в Лондоне прекратилась резко и внезапно, что не соответствует действительности, то это можно оправдать желанием автора украсить финал в соответствии с приёмами художественной литературы (Там же, p. 97).

Следует отметить, что Даниэль Дефо написал свой «Дневник чумного года» не только как исторический роман, запечатлевший подробности страшной эпидемии. Основная идея этого произведения аналогична той, что заложена в его известном приключенческом романе «Робинзон Крузо» - как выжить человеку, оказавшемуся в сложнейших условиях. «Дневник» Дефо предупреждает людей о возможной смертельной опасности, призывает их трезво оценить обстановку и принять необходимые предохранительные меры.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ БЕЛОРУССКОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛЛЕКЦИИ ВИРУСОВ И БАКТЕРИЙ, ПАТОГЕННЫХ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА

Рустамова Л.М., Аблова Т.А., Ермакова Т.С., Коломиец Н.Д., Красько А.Г., Горбунов В.А.

*РНПЦ эпидемиологии и микробиологии,
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

Коллекция культур микроорганизмов, патогенных для человека, имеет неоспоримое значение в исследовании биологического разнообразия патогенов, циркулирующих в человеческой популяции, с целью создания эффективных средств диагностики, профилактики и лечения.

Разработки ученых разных стран мира в области сохранения и пополнения коллекционных штаммов, предложенные алгоритмы ведения коллекционного дела в целом, обуславливают как научно-прикладную, так и стратегическую актуальность изучения этих вопросов и для нашей страны. При решении этих задач особую значимость приобретает создание самой коллекции микроорганизмов, аккумулирующей прототипные и выделенные на территории страны штаммы и изоляты патогенных микроорганизмов.

Специализированная коллекция вирусов и бактерий, патогенных для человека (далее – Коллекция) создана в 1995 г. на базе Белорусского научно-исследовательского института Министерства здравоохранения Республики Беларусь (с 2009 г. – РНПЦ эпидемиологии и микробиологии), в которой хранятся и поддерживаются в жизнеспособном состоянии уникальные штаммы, изоляты и культуры, выделенные от пациентов, из природных резервуаров на территории Республики Беларусь, странах СНГ, некоторых странах Африки.

По Будапештскому соглашению от 19.07.2001 № 194, Коллекции придан статус международного депозитария для депонирования патогенных микроорганизмов. Это подтверждено соответствующим приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.03.2009 № 287, приказом по РНПЦ эпидемиологии и микробиологии от 20.03.2009 № 49-Л, а также письмом из Национального центра интеллектуальной собственности Республики Беларусь от 12.12.2009 № 01-20/823. Коллекция координирует в республике единый обязательный для всех порядок учета, хранения, отпуска и пересылки патогенных культур микроорганизмов.

История создания, пополнения и поддержания штаммов и культур патогенных микроорганизмов Коллекции неразрывно связана с историей становления и развития научно-практической деятельности центра.

Первые упоминания о собрании патогенных микроорганизмов относятся к 1924 г., т.е. к началу основания РНПЦ эпидемиологии и микробиологии, который был организован на базе существовавшей с 1911 г. в г. Минске Пастеровской станции и работавшей с 1920 г. Центральной химико-бактериологической лаборатории губернского отдела здравоохранения. Его первоначальное название было – Белорусский Пастеровский институт Наркомздрава. В 1926 г. на 1-м Всебелорусском съезде санитарных врачей он был переименован в Белорусский государственный санитарно-бактериологический институт. В соответствии с задачами, поставленными Наркоматом здравоохранения по борьбе с краевой инфекционной патологией, в 1924 г. в институте были созданы следующие отделения: пастеровское, бактериологическое и эпидемиологическое, сыровоточно-вакцинное, оспенное, санитарно-гигиеническое, серодиагностическое, паразитологическое, судебно-химическое, клинко-диагностическое. Под руководством директора профессора Б.Я. Эльберта была развернута борьба с наиболее актуальными инфекциями, обрушившимися на страну после трудных лет первой мировой и гражданской войн. Сотрудниками института была разработана противооспенная вакцина, методы ее контроля, изучены свойства, безвредность и иммуногенность живой туберкулезной вакцины, предложен децентрализованный принцип прове-

дения прививок против бешенства, разработан план иммунопрофилактики дифтерии и коклюша. В 1925 г. в институте было открыто вакцинно-сывороточное производство. Для этих целей при бактериологическом отделении был создан музей различных культур микробов, который пополнялся местными штаммами: менингококка, стрептококка, палочек брюшного тифа и паратифов, пневмококка, паразитарных грибов и т.д. [1].

Великая Отечественная война прервала деятельность института. Хозяйство института было разрушено, многие сотрудники погибли во время войны. Несколько следующих лет были посвящены восстановлению института и подготовке новых кадров.

Период 1951-1986 гг. под руководством директора академика В.И. Вотякова характеризуется становлением и развитием исследований, а также интенсификацией нового направления – вирусологии. В институте организуется вирусологический отдел, в состав которого входят лаборатории: гриппа и других респираторных инфекций, полиомиелита, энтеровирусных инфекций, клещевого энцефалита, вирусного гепатита и др. Сотрудники каждой лаборатории формируют свои авторские коллекции, которые пополняются в результате выполнения научных исследований

В 1970-е гг. создается отдел особо опасных вирусных инфекций, задачей которого стало изучение молекулярно-биологических свойств и механизма репродукции аренавирусов, разработка путей экспериментальной химиотерапии инфекций, вызванных этими возбудителями, а также подходов к таксономии и идентификации аренавирусов. В лабораториях отдела были изучены вирусы Пичинде, Мопейя, Хунин, Ласса, Мачупо, Марбург, Эбола. в культурах клеток, отработаны методы концентрации и очистки патогенных аренавирусов, выделены вирионные РНК и белки, изучено влияние физических и химических факторов на репродукцию аренавирусов. В отделе были разработаны основные принципы коллекционирования и создана коллекция особо опасных вирусов.

В 1980-е гг. начаты исследования по изучению особенностей распространения СПИДа в республике, выделены высокоинфекционные штаммы, использованные для производства диагностических тест-систем.

С 1995 г. стали использоваться новые технологии для разработки и производства иммунобиологических и молекулярно-биологических препаратов нового поколения, расширилась область исследований, связанных с изучением проблем внутрибольничных инфекций и устойчивости микроорганизмов к лекарственным и дезинфицирующим препаратам. Впервые в рамках ГНТП «Инфекционные заболевания и медицинские биотехнологии» надлежащее функционирование Коллекции обеспечивалось выполнением ряда научно-исследовательских работ, финансируемых из госбюджета [2-6]. В настоящее время функционирование Коллекции обеспечивается выполнением научно-исследовательских работ в рамках Межгосударственной целевой программы Евразийского экономического сообщества «Инновационные биотехнологии», Государственной программы «Инфекции и микробиологические нанотехнологии», финансируемых из госбюджета.

Сегодня Коллекция включает около двенадцати тысяч штаммов и оригинальных изолятов, полученных в ходе проведения научных исследований, в том числе, особо опасных вирусов – возбудителей геморрагических лихорадок, селекционированных штаммов с измененными генетическими свойствами и рекомбинантных плазмид, эталонных вирусных и бактериальных агентов. Основой деятельности Коллекции является гарантированное сохранение патогенных для человека микроорганизмов в жизнеспособном состоянии и создание условий для длительного хранения с целью стандартизации исследований с различными микроорганизмами.

Важнейшими функциями коллекции, определяющими ее государственную значимость, являются:

- формирование, пополнение и сохранение единого национального фонда патогенных микроорганизмов и их стандартных образцов для фундаментальных и прикладных научных разработок;
- обеспечение международного сотрудничества и обмена информацией по вопросам выполнения Будапештского договора в соответствии с международными соглашениями и стандартами.
- контроль соблюдения требований порядка учета и обращения штаммов пато-

генных микроорганизмов в Республике Беларусь;

- хранение и поддержание исходных свойств штаммов микроорганизмов I-IV групп патогенности (опасности); а также эталонных производственных и вакцинных штаммов;

- ведение национального реестра штаммов микроорганизмов патогенных для человека и животных I-IV групп патогенности (опасности);

- организация молекулярно-генетической экспертизы в случае возникновения угроз биологической опасности (биотерроризм, техногенные катастрофы и пр.).

По распоряжению Совета Министров Республики Беларусь в соответствии с Законом Республики Беларусь от 9 января 2006 г. «О безопасности генно-инженерной деятельности» и Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 сентября 2008 г. № 1397 «О некоторых вопросах порядка перемещения отдельных видов товаров через таможенную границу Республики Беларусь», Коллекция проводит экспертизу документов для оформления разрешений Министерства здравоохранения Республики Беларусь на трансграничное перемещение условно патогенных и патогенных генно-инженерных организмов (ввоз, вывоз или транзит штаммов микроорганизмов). Объем работ в области разрешений трансграничного перевоза возрастает в связи с ужесточением требований новых Международных медико-санитарных правил (вступили в силу в Республике Беларусь с 15.07.2007). Коллекция патогенных микроорганизмов является объектом пристального внимания Конвенции о запрещении разработки, производства и накопления запасов бактериологического (биологического) и токсинного оружия (КБТО), а также Резолюции 1540 (2004), принятой Советом Безопасности на его 4956-м заседании 28 апреля 2004 г.

Коллекция является неразрывным звеном в цепи последовательных работ в системе практического здравоохранения и проводит оценку эффективности эпидемиологического надзора за актуальными вирусными и бактериальными, в т.ч. и внутрибольничными инфекциями, сравнение с вновь выделенными возбудителями заболеваний человека, а также решение практических задач разработки и изготовления иммунологических и диагностических препаратов на основе циркулирующих штаммов.

Вся деятельность Коллекции должна быть поставлена на постоянную основу с гарантированным финансированием с четкими обязательствами ее перед государством и правами для осуществления своей деятельности от имени государства. Утрата собранных штаммов может иметь серьезные негативные последствия для развития науки и общества.

ПЕРВОЕ ОБЩЕЕ СОБРАНИЕ ХАРЬКОВСКОГО ЗУБОВРАЧЕБНОГО ОБЩЕСТВА

Рябоконт Е.Н.

Харьковский национальный медицинский университет (Украина)

В майском номере «Зубоврачебного вестника» в рубрике «Хроника и смесь» напечатано: «20-го марта Присутствие по дѣламъ обществъ и союзамъ утвердило Уставъ "Харьковскаго зубоврачебнаго о-ва"; учредители М.А. Палемъ, Н.Т. Кисланъ, М.С. Михайловская, Я.М. Гофунгъ и А.А. Ландсберг».

1 апреля 1910 года, в зале заседаний Харьковского Медицинского Общества, состоялось открытие вновь учрежденного Харьковского Зубоврачебного Общества. На собрании присутствовало много практикующих в Харькове зубных врачей, учащихся зубоврачебных школах и «посторонняя публика». Заседание открытым объявил старейший член корпорации А.А. Ландсберг и предложил избрать председателя. Председателем Общего Собрания был выбран зубной врач Е.М. Гофунг, секретарем зубной врач П.Г. Вальтер. Избранный председатель общего собрания Е.М. Гофунг, открывая заседание, сказал приветственное слово Общему Собранию и поздравил с открытием Харьковского зубоврачебного общества, которое является для харьковских зубных

врачей большим событием, так как уже почти 5 лет как закрыто Харьковское Одонтологическое Общество учрежденное в 1902 году. Также он остановился на определенных трудностях связанных с открытием нового профессионального общества зубных врачей. «Не мало хлопот стоило учреждение нового Общества, а, между тем, рост и развитие корпоративных нужд и интересов идет все вперед и в общество ощущается настоятельная потребность». Далее Гофунг сделал краткий исторический обзор деятельности зубо врачебных обществ и подчеркнул ту роль, которую они сыграли в жизни зубо врачебной корпорации. В заключительной части своей речи оратор сделал заключение. «Будем надеяться, что открытие нашего Харьковского Зубо врачебного Общества послужит и нам толчком к, дружной корпоративной работе, сольет нас в дружную корпоративную семью и упорядочит наши коллегиальные отношения!».

После вступительной речи Е.М. Гофунга слово было предоставлено председателю ХМО доктору медицины, приват-доценту М.И. Светухину, который от лица Харьковского медицинского общества, поприветствовал и поздравил открытие Харьковского зубо врачебного общества, и выразил пожелания, чтобы вновь образованное общество развивалось и процветало как в научном, так и в «коллегиальном отношении». И как всякому научному обществу он пожелал и новому обществу бессмертия. Он также придал особое значение тому факту, что Харьковское зубо врачебное общество первое свое собрание открыло и проводит в стенах Харьковского медицинского общества. Далее выступил М.А. Палем, который высказал надежду, что все одонтологи г. Харькова сплотятся воедино и своей дружной работой оправдают пожелания, высказанные председателем Харьковского медицинского общества. Также он остановился на неотложных вопросах, которыми в первую очередь придется заняться Харьковскому зубо врачебному обществу. После М.А. Палема выступил Т.Г. Карпиновский. Он коснулся деятельности закрытого 5 лет назад Харьковского Одонтологического Общества и, указав на допущенные ошибки, предостерег новое общество от повторения тех же недочетов. Он отметил, что у старого общества было много недостатков, которые привели «к его угасанию». «Постоянные дразги и личности, имевшие место в прежнем обществе, содействовали его скорой кончине».

После выступлений, присутствующие были ознакомлены с уставом нового Харьковского зубо врачебного общества и было «приступлено к выборам новых членов, подавших заявление и рекомендации двух членов до собрания, в количестве 16, которые и были единогласно выбраны и протокол избрания утвержден. Таким образом, с пятью учредителями, членов Общества оказалось 21 человек, из числа коих и были произведены выборы правления». В члены Правления Харьковского зубо врачебного общества общее собрание выбрало (закрытой баллотировкой) следующих членов общества. Председателем Правления избран зубной врач Е.М. Гофунг, товарищем председателя – зубной врач Т.Г. Карпиновский, секретарем – зубной врач М.А. Палем, товарищем секретаря – зубной врач П.Г. Вальтер, казначеем правления – зубной врач М.А. Ландсберг, кандидатом казначея – зубной врач Н. Кислянь.

150 лет со дня рождения доктора медицины Григория Алексеевича Маслова – Харьковского профессора в области одонтологии

Рябоконт Е.Н.

Харьковский национальный медицинский университет (Украина)

Известный историк-стоматолог профессор Г.Н. Троянский, заведующий кафедрой истории медицины и правоведения Московского государственного медико-стоматологического университета, в своей монографии отмечает, что Григорий Алексеевич Маслов – один из крупнейших профессоров-одонтологов России. Но прежде,

чем стать известным специалистом в области одонтологии (стоматологии), он прошел серьезную подготовку в области хирургии и гистологии, у известных профессоров В.Ф. Грубе и Н.К. Кульчицкого (последнего министра народного просвещения в Царской России).

Второй выпуск журнала «Одонтология» (Харьков) за 1927 год посвящен памяти проф. Г.А. Маслова. В нем проф. Я.Я. Постоев, который также как Маслов стоял у истоков харьковского одонтологического факультета, вспоминает. «Более двух лет прошло со дня неожиданной смерти проф. Г.А. Маслова. Время – этот „лучший врач“ с одной стороны, повседневные, будничные заботы жизни с другой – сделали свое дело и тяжелое, горькое чувство, навеянное этой смертью, улеглось, но не исчезло совершенно. Ныне, в третью годовщину смерти Гр. А., мне, близко знавшему покойного, хочется поделиться с товарищами своими воспоминаниями о нем и вместе с тем еще раз подчеркнуть тяжесть утраты».

Григорий Алексеевич родился в 1862 году в знаменитом городе Одессе. По данным Ю.М. Розовского он родился в Симферополе. Среднее образование получил в Симферопольской гимназии. После окончания гимназии приезжает в Харьков и поступает в 1884 году на медицинский факультет Императорского Харьковского университета (ИХУ), который в то время был в зените славы, благодаря работавшим профессорам, имеющим большую известность (Н.Н. Бекетов, Г.Н. Лагермарк, В.П. Крылов, И.Н. Оболенский, В.Г. Лашкевич, В.Ф. Грубе, Л.Л. Гиршман и др.). Обучаясь в университете, он постоянно посещал хирургическую факультетскую клинику проф. В.Ф. Грубе, что определило его дальнейший выбор изучать хирургию. В 1889 году Г. Маслов оканчивает с отличием медицинский факультет и получает степень лекаря и уездного врача, а уже через полгода поступает сверхштатным ординатором в хирургическую клинику В.Ф. Грубе, в которую было попасть нелегко, даже сверхштатным ординатором. «Нужна была незаурядная подготовка, нужна была любовь к хирургии, чтобы быть зачисленным в ординаторы. От своих помощников В. Ф. Грубе требовал не только совершенствования в практической деятельности, но и научных работ».

В это время, а именно, в 1890 году, Г.А. Маслов избирается членом Харьковско-го медицинского общества (ХМО). В очерках 50-летней деятельности ХМО (1913) сказано: «... Е.А. Писаревский, Е.А. Раковский и Г.А. Масловъ стали въ главе научной дентиатріи въ Харькове».

«Еще в бытность ординатором, Гр. А. обратил внимание на ненормальное положение дентиатрии: в клинике проф. Грубе студенты 80-х и 90-х г.г. могли видеть и учиться только лишь экстракции зубов; этим ограничивалось в то время лечение зубных болезней. В случаях, где нужно было сохранить больной зуб, в силу незначительного поражения, больного обычно направляли к зубному врачу. Не только самостоятельной кафедры одонтологии, но даже штатной доцентуры по действующему тогда уставу 1884 г. не полагалось, несмотря на то, что число кафедр с 6, полагавшихся по уставу 1805 г. (при открытии Университета), увеличилось до 24. О зубных болезнях как бы забыли. При таких условиях, понятно, студенты, по выходе из университета в жизнь, оказывались совершенно неподготовленными по одонтологии и не могли оказать почти никакой помощи. В лучшем случае они (студенты) могли производить экстракцию зубов» (Постоев Я.Я., 1927).

«Желая выработать из себя истинного специалиста по дентиатрии, Гр. А. сам, без всякого руководства, начертал план, в основу которого положил изучение анатомии и гистологии. С этой целью он обратился к проф. Гистологии и эмбриологии Н.К. Кульчицкому и с 1894 г. начал работать в Гистологической лаборатории» (Постоев Я.Я., 1927). Васильев К.К. и Павлычева С.В. (2004) изучая научную деятельность проф. Г.А. Маслова пришли к выводу, что «до сих пор не освещена деятельность гистологической школы Н.К. Кульчицкого (1856-1925) и, в том числе, ее представителя Г.А. Маслова».

В ежегодных записках ИХУ за 1893 год значится – «Въ отчетномъ 1893 году въ кабинетъ гистологіи в эмбриологіи ... были произведены слѣдующія научныя работы. ... 4) ... Типцевъ и Масловъ приступили къ спеціальнымъ работамъ. ... второй – о строеніи мозговыхъ оболочекъ». «Въ составъ лицъ, занимавшихъ въ 1893 году преподавательскія должности, произошли слѣдующія измѣненія: ... 4) Уволены отъ

занимаемых должностей: ... е) сверхштатного ординатора—лѣкаря: ... Григорій Масловъ». Но тут же, мы встречаем и: «За истекшій годъ въ хирургической факультетской клиникѣ были произведены слѣдующія работы: ... III. Сверхштатнымъ ординаторомъ Г.А. Масловымъ: „Тиреотомія, какъ способъ лѣченія внутри-гортанныхъ опухолей“. Хирургическій Вѣстникъ, 1893 г.». Таким образом, Г.А. Маслов стал работать у Кульчицкого в 1893 году. И как мы видим, первоначальная тема его научной работы – изучение нервной системы. Это соответствовало ведущему научному направлению кафедры гистологии, из которой в период с 1892 по 1988 гг. вышло 15 диссертаций. Однако позже тема научного исследования была изменена. Как отмечает Павлычева С.В. (2004), тема диссертации Г.А. Маслова не укладывается в научные направления школы проф. Н.К. Кульчицкого. Также из записок ИХУ за 1894 год известно, что Маслов занимался работой «О лейкоцитахъ, ихъ строеніе и формы, которая в 1895 году была закончена. А в 1896 г. в записках ИХУ была напечатана его диссертационная работа «Матеріалы къ изученію морфологіи и развитія кровяныхъ тѣлецъ», расходы по изданію которой для университета составили 246 руб 45 коп.

В диссертационном исследовании Г.А. Маслов описал процессы формирования клеток эритроцитарного и лейкоцитарного ряда, большое внимание, уделив исследованию гранулоцитов и характерных для них видов зернистости. Он показал, что зернистость образуется внутри самой клетки и является выражением ее секреторной деятельности. Он первый детально описал специфический вид гранул лейкоцитов крови птиц и некоторых млекопитающих (кошки) (Васильев К.К., 2004).

5 мая 1896 года состоялась публичная защита диссертации Г.А. Маслова на степень доктора медицины. Официальными оппонентами были известные профессора Н.К. Кульчицкий, А.Г. Подрез и А.В. Репрев. Они «... отзывались с большой похвалой о работе, представляющей обширное исследование очень важного вопроса». Заседание вел проф. В.Ф. Грубе, который после закрытого совещания огласил о единогласном присвоении степени доктора медицины, а проф. Н.К. Кульчицкий «потчас после окончания диспута, предложил Гр. А. остаться стипендиатом для подготовки к профессорскому званию по кафедре гистологии и эмбриологии».

Приглашение на кафедру Маслов принял, и в течение двух лет он работает «исключительно в гистологической лаборатории» проводя научные исследования. За это время он написал монографию о клеточном центре мегакариоцита костного мозга – Къ ученію о центральныхъ тѣльцах. – Харьковъ, 1899. – 147 с.

Эта монография явилась логическим продолжением его докторской диссертации. В ней Г.А. Маслов дал обзор учения о клеточном центре и привел собственные исследования. Он предложил модификацию способа окраски Генденгайна для выявления центриолей. Он показал, что клеточный центр является нормальной постоянной структурой, присутствующей во всех фазах жизненного цикла клетки. Центросомы всех типов клеток идентичны между собой и имеют два обязательных элемента – центриоли и центросферу. Источником их образования служит центросома материнской клетки. Функцию органеллы ученый видел в ее участии в образовании нитей веретена деления (Васильев К.К. и Павлычева С.В., 2004).

В 1898 году окончился срок стипендиатства Г.А. Маслова «и вместе с тем иссяк источник средств у Гр. А. Суровая действительность жизни вынудила Гр. А. временно отказаться от своей заветной мечты, заставила покинуть не только университет, но и Харьков: Гр. А. принял место ординатора в Михайловской больнице г. Баку, и в этой должности впервые выступает как специалист по дентиатрии. В течение 3 лет вплоть до конца 1901 г., находился Гр. А. вне Харькова, но эти годы не прошли бесследно: Гр. А. настолько специализировался, что, возвратясь в Харьков, сразу получил предложение занять должность преподавателя дентиатрии в частной зубоврачебной школе. С этого времени он окончательно посвящает себя дентиатрии и очень скоро имя его как специалиста по зубным болезням становится известным в широких кругах г. Харькова» (Постоев Я.Я., 1927).

«В 1916 г. Медицинский Факультет Харьковского Университета, сознавая огромный пробел в уставе 1884 г., не включившем кафедры Одонтологии, учреждает, с разрешения властей, приват-доцентуру при кафедре Хирургической Факультетской Клиники по предмету Одонтология. Часть профессоров рекомендовала Гр. А. и он был

единогласно доцентом по одонтологии. С 1919 г. со времени учреждения отдельной кафедры Одонтологии Гр. А. единогласно избирается профессором и входит в число членов Факультета» (Постоев Я.Я., 1927).

Как свидетельствуют очевидцы – становление проф. Г.А. Маслова как одонтолога, происходило под влиянием и участия, одного из известных одонтологов, на то время в Харькове, А.Е. Раковского, работая много лет с ним (Е.М. Гофунг, 1927). Он принимал самое непосредственное участие в реформе зубо врачебного образования на Украине и стоял у истоков образования одонтологического факультета Харьковско-го медицинского института. Еще до утверждения положения о одонтологическом факультете была назначена комиссия в составе профессоров Д.П. Гринева, Я.Я. Постоева, Г.А. Маслова, зубного врача Е.М. Гофунга и доктора А.Е. Раковского, которая должна была выработать и составить учебный план и программы. Свое видение этой реформы он писал в центральных специализированных журналах. При открытии одонтологического факультета Г.А. Маслов заведовал кафедрой пропедевтической одонтологии, и одновременно каф. одонтологии медицинского факультета. Им был предложен проект создания Института экспериментальной одонтологии и стоматологии.

«Как преподаватель, Гр. А. пользовался уважением и любовью своих слушателей: всегда спокойный, ровный в обращении, он никогда не повышал голоса и в то же время умел требовать и знаний от слушателей». «Как специалист, Гр. А. занимал видное место в Харькове, никогда не отказывал в своей помощи никому из обращающихся к нему». «Как учитель, Г.А. был чрезвычайно доступен студенту и давал ему всяческую возможность побольше изучить предмет. Широко охватывая всю одонтологию в связи ее с общей медициной, Г.А. старался ясно и всесторонне излагать свой предмет и никогда не оставлял без исчерпывающего ответа каждый вопрос, интересующий слушателя». «Как учитель – он был любим своими слушателями; как человек – он был безукоризнен, как редактор – корректен, как товарищ – с большой эрудицией. Он всегда был готов дать совет, указать источник по интересующему вопросу». «Что касается литературы, то трудно себе представить человека, который бы больше читал и занимался чем Гр. А. Он был в курсе всего, что печаталось по одонтологии на нескольких языках, а в последние годы особенно увлекался вопросами биологии и химии, изучая их в применении к одонтологии». Так вспоминают о Г.А. Маслове проф. Я.Я. Постоев, проф. Е.М. Гофунг и Ю.М. Розовский.

Что потеряла наука в лице Маслова, об этом лучше всего можно судить по отзыву проф. Н.П. Тринклера о его работах «С солидной подготовкой, он (Гр. А.) вышел одним из крупных профессоров-одонтологов в России, прекрасным преподавателем, редким научным работником, оставившим крупный научный вклад». За время жизни проф. Г.А. Маслов написал около 30 печатных трудов.

Умер проф. Г.А. Маслов 6 ноября 1925 года в г. Харькове.

К ИСТОРИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Ряжкина Л.П.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Прошло более 18 лет, как были упразднены кафедры фармацевтического профиля в Белорусском государственном институте усовершенствования врачей (ныне Белорусская медицинская академия последипломного образования). Это были кафедры, которые занимались последипломной подготовкой провизоров-организаторов, провизоров-технологов, провизоров-аналитиков со всех республик бывшего Советского Союза на циклах специализации, общего и тематического усовершенствования, аттестационных циклах. Это - кафедра организации и экономики фармации, кафедра технологии лекарств, кафедра фармацевтической химии, кафедра фармакологии и фармакогнозии.

С января 1994 года кафедры фармацевтического профиля были переведены в Витебский государственный медицинский институт на фармацевтический факультет, где сосредоточилось, как основное, так и последипломное обучение провизоров.

У истоков организации фармацевтического факультета повышения квалификации провизоров в Белорусском государственном институте усовершенствования врачей в 1971 году стоял Урванцев Иван Федорович, неординарный человек, фронтовик, возглавлявший почти 18 лет аптечную службу Белоруссии в должности начальника Главного аптечного управления Министерства здравоохранения БССР.

Заведуя кафедрой организации и экономики фармации, Иван Федорович Урванцев свыше 12 лет отдал подготовке и повышению квалификации провизорских кадров. Он активно занимался научными изысканиями в области аптечной службы. В 1972 году им была защищена кандидатская диссертация на соискание ученой степени кандидата фармацевтических наук. В 1973 году ему было присвоено звание доцента.

С 1983 года кафедрой заведовал профессор, доктор фармацевтических наук Валерий Филиппович Гореньков. За время работы на кафедре организации и экономики фармации наиболее ярко раскрылся талант Валерия Филипповича Горенькова как ученого, высоквалифицированного преподавателя, организатора фармацевтической службы. Профессор Гореньков Валерий Филиппович широко известен как автор учебников и учебных пособий для фармацевтических вузов.

В 1992– 1993 гг. кафедру возглавлял доктор фармацевтических наук, доцент Леонид Васильевич Жарков, который занимался разработкой научных основ управления лекарственным обслуживанием населения, повышения его эффективности и качества. В разные периоды времени на кафедре работали старшие преподаватели, кандидаты фармацевтических наук—Годовальников Геннадий Васильевич, Ряжкина Лариса Петровна, Миронова Галина Максимовна, Эльяшевич Елена Георгиевна.

Кафедра технологии лекарств была организована в 1972 году. Первым заведующим кафедрой был доцент, кандидат фармацевтических наук Антон Антонович Комиссарчук. С 1983 года кафедру возглавил профессор, доктор фармацевтических наук Евгений Константинович Пилько. За время существования кафедры на циклах специализации, общего и тематического усовершенствования обучилось около 1000 работников аптечных и других учреждений Белоруссии, России, Украины, Средней Азии, Прибалтики и Закавказья. Усовершенствование по технологии лекарств прошли около 1500 курсантов смежных кафедр.

Большой вклад в деле организации и развитии кафедры технологии лекарств принадлежит доктору фармацевтических наук, доценту Анне Ивановне Бондаренко, замечательному педагогу и ученому.

В разные периоды на кафедре работали старшие преподаватели Осипович Анатолий Павлович, Грищенко Виктор Дмитриевич, кандидат фармацевтических наук Пархач Маргарита Евгеньевна, кандидат биологических наук Балева Елизавета Филипповна.

Кафедра фармацевтической химии была создана в 1972 году. Первым заведующим кафедрой на протяжении 16 лет был доцент, кандидат фармацевтических наук Николай Васильевич Бондаренко, много сделавшим в деле становления кафедры. С 1988 года кафедру возглавила доцент, кандидат фармацевтических наук Людмила Ивановна Погодина, известный специалист в области фитохимического и фармацевтического анализа.

На кафедре работали старшие преподаватели, кандидаты фармацевтических наук — Кока Иван Павлович., Борисевич Светлана Николаевна, кандидат химических наук Зенько Ида Викторовна.

Кафедра фармакологии и фармакогнозии организована в 1972 году. Ее первым заведующим был доктор медицинских наук, профессор Константин Станиславович Шадурский. В 1974 году кафедру возглавил доцент, кандидат медицинских наук Иван Константинович Данусевич, который руководил ее до упразднения в 1994 году. На кафедре преподавали 2 дисциплины - фармакологию и фармакогнозию. Курс фармакогнозии со дня основания кафедры вела старший преподаватель, кандидат фармацевтических наук Ольга Исаковна Костюченко, много сделавшая в организации и становлении кафедры фармакологии и фармакогнозии.

Все кафедры фармацевтического профиля размещались в учебно-административном корпусе института. Основными формами последипломного обучения являлись лекции, практические и лабораторные занятия, семинары, тематические и научно-практические конференции, конференции по обмену опытом работы.

Все кафедры вели активную пропаганду новых достижений фармацевтической науки и практики.

Горько сознавать, что нет уже среди нас замечательных педагогов, достойных представителей фармации и просто глубокопорядочных людей - Урванцева Ивана Федоровича, Бондаренко Анны Ивановны, Погодиной Людмилы Ивановны, Комиссарчука Антона Антоновича, Коки Ивана Павловича. Нет старшего лаборанта Измерли Тамары Ивановны, лаборанта Котлинской Анны Исаковны...

Годы, проведенные на фармацевтическом факультете вместе с этими замечательными людьми, наложили глубокий отпечаток в сердце каждого из нас. Был большой сильный коллектив единомышленников с общими целями и задачами, человеческими отношениями и ценностями. Светлая память тем, кого нет сейчас среди нас...

РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ В ОРЕНБУРГСКОМ КРАЕ В XVIII – начале XX веков

Савицкий Г.В.

Оренбургская государственная медицинская академия (Россия)

Освоение и заселение обширного степного края, начавшееся наиболее активно в середине XVIII в., происходило параллельно с развитием системы здравоохранения. Пограничное положение региона, резко континентальный климат с большими перепадами температур, активная торговля со странами Средней Азии способствовали распространению заразных инфекционных болезней. Однако на протяжении длительного периода времени медицинская служба в Оренбуржье была представлена только военным лечебным заведением.

Оренбургский Военный госпиталь начал своё функционирование по указу императрицы Анны Иоанновны уже через год после основания Оренбурга – в начале июня 1744 г. По штату в нём полагалось иметь доктора медицины, штаб-лекаря и аптекаря. Сразу же при госпитале учреждалась Губернская аптека (имелся аптекарский огород). Она, как и госпиталь, содержалась из Губернской казны. С целью подготовки медицинского персонала при госпитале в разные годы работало 3 – 6 подлекарей и 2 – 5 учеников аптекаря. Госпиталь предназначался для обслуживания воинских регулярных и казачьих иррегулярных частей, располагавшихся в крепостях по пограничной линии. В период губернаторства И.И. Неплюева (1744 – 1758 гг.) в крае уже существовало 114 укреплённых мест. Но солдаты и казаки за пределами города медицинскую помощь не получали [1, с. 133].

По мере развития Оренбурга и удвоения воинских частей возрастали потребности в медицинском обслуживании. Оренбургский военный губернатор князь Г.С. Волконский (1803–1817 гг.) в своем рапорте военному министру от 8 июля 1808 г. признавал необходимым «госпиталь Оренбургский из Губернских доходов содержимый обратить в военное ведомство и распространить оный на 300 человек больных». На следующий год после соответствующего указа Александра I начались работы по расширению госпиталя. В частности увеличился штат: доктор – 1, старший лекарь – 1, младший лекарь – 2, фельдшер – 4, гезеля – 1, аптекарских учеников – 2. Окончательное расширение госпиталя (количество коек возросло в полтора раза) завершилось к 1818 г., и приказом начальника Главного Штаба от 21 января 1818 г. извещалось, что «по Высочайшему повелению объявляется по армии и всему Военному ведомству, что при Оренбургском Отдельном корпусе в г. Оренбурге учреждается корпусный II класса госпиталь». В 1826 – 1836 гг. происходило строительство каменных корпусов и подсобных помещений на Госпитальной площади Оренбурга, которые по своему прямому назна-

чению функционируют до сих пор. Таким образом, до открытия в 1857 г. городской больницы госпиталь являлся единственным лечебным учреждением в Оренбурге [2].

Одновременно происходило становление гражданской медицинской службы. Согласно закону «Учреждения для управления губерний Российской империи» 1775 г. в стране создавались Приказы общественного призрения, которые, помимо прочего, заведовали богоугодными заведениями (больницы, аптеки, дома для неизлечимых больных и душевнобольных). Наряду с приказами в 1775 г. вводились должности уездных врачей, а в 1797 г. в каждой губернии (и в Оренбургской – до 1865 г.) появились Врачебные управы, состоящие из инспектора, оператора и акушера. В начале XIX в. они перешли в подчинение Медицинского совета при МВД. В функции Управы входило исполнение указаний Медицинской коллегии (позже Медицинского совета) и губернских властей, контроль над госпиталями и гражданскими больницами, аптеками и снабжением больниц медикаментами, проведение судебно-медицинские экспертизы, освидетельствование увечных и сумасшедших [3, с. 179 – 181].

Тем не менее, в первой половине XIX в. губерния испытывала острый дефицит, как в лечебных заведениях, так и в медицинских кадрах. В январе 1828 г. Оренбургское губернское правление издало указ об улучшении больничного дела. В нём говорилось, что «в большинстве городов губернии больниц не имеется, призываются больные, и более солдаты, в не особенно назначенных квартирах и довольствуются пищею от семейств своих или хозяев квартир» [4, с. 43]. В 1816 г. Оренбургский губернский оспенный комитет, созданный в 1811 г., сообщал, что «в Верхнеуральском, Бугульминском, и Бирском уездах не имеется вовсе уездных врачей... В Стерлитамакском и Мензелинском уездах оспопрививание производимо не было... от совершенной беспечности оных (лекарей)» [5, л. 22 об. – 23].

К середине XIX в. ситуация улучшилась. Как указывает В. Черемшанский, во всех городах Оренбургской губернии действовали лечебные учреждения (в частных или казенных зданиях): городских больниц – 9, тюремных – 2, горнозаводских – 1, домов умалишенных – 1, военных госпиталей – 18. Обслуживанием больных занимались городские или уездные врачи – 73 человека, в больницах имелись в достаточном количестве медикаменты. Тем не менее, врачей для столь обширного края не хватало [6, с. 254 – 263].

Гражданскому населению медицинскую помощь оказывали в госпитале, особенно это проявилось в оспопрививании и в период борьбы с холерой. При госпитале изучали методику оспопрививания. Так, хан Внутренней киргиз-кайсацкой орды Джангер Букеев для «распространения в подвластной орде прививания коровьей оспы» отправил в Оренбург обучаться вакцинации Сарлыбая Дженабекова. Он в течение трёх месяцев в 1824 г. находился под руководством корпусного штаб-доктора Пятницкого, который по итогам писал: «Он видел много раз оной прививание, несколькими детям Военно-сиротского отделения и посторонним сам прививал, наставлен в нужном распознавании настоящей и от недействительной, всмотрелся в естественное оной течение, знает порядок содержания детей во время действия оной». Снабжённый инструментом и оспенной материей С. Дженабеков вернулся в орду, где вскоре приступил к оспопрививанию [7, л. 1 – 14]. С августа 1829 г. в госпиталь стали поступать заболевшие холерой, и именно здесь было высказано впервые мнение о холерном характере заболевания. Штаб-лекарем госпиталя Соколовым производились первые в Европе вскрытия умерших людей с описанием картины поражения кишечника. Советом врачей издавались инструкции по борьбе с холерной эпидемией. В последующем холера неоднократно проникала в Оренбургскую губернию. Наиболее тяжелые годы – 1830 – 1831, 1847 – 1849, 1853 – 1854, 1856, 1866, 1870 – 1872 гг. В указанные периоды из 113601 заболевших холерой умерло 47358, т.е. 42% (из них в 1848 г. – 25920 человек) [8, с. 33]. Долгое время единственным бастионом, противостоящим наступлению холеры, являлся Оренбургский госпиталь.

Развитие губернской системы здравоохранения активизировалось в пореформенный период. Однако отсутствие земств в крае (введены только в 1913 г.) сдерживало этот процесс. В 1857 г. в Оренбурге возникает первая гражданская больница на 70 коек – Мещанская (с 1879 – Городская на 100 коек). Она содержалась на сборы с мещан и купцов и постоянно испытывала недостаток материальных средств, медика-

ментов и размещалась в плохо приспособленном помещении. С 1872 г. функционировала Губернская больница на 100 коек. В ней работали 2 врача, 5 фельдшеров, смотритель и прислуга. В 1883 г. она уже считалась больницей 2-го класса, в ней насчитывалось 125 коек с терапевтическим, хирургическим, глазным, акушерским, психиатрическим и инфекционным отделениями [9, с.97].

В целях повышения квалификации врачей, изучения обширного края и причин эпидемиологических заболеваний, пропаганды среди населения здорового образа жизни, борьбы с шарлатанством в 1860 г. возникло Оренбургское физико-медицинское общество из врачей, аптекарей и преподавателей естественных наук [10, с. 102 – 103]. В практическом плане общество способствовало созданию Александровской больницы (1880 г.), детского санатория (с 1899 г.), детской летней молочно-питательной станции (1903 г.), скорой медицинской помощи (1909 г.), введению должности школьного санитарного врача (1910 г.).

С 16 июня 1892 г. при городских думах Оренбургской губернии возникли Санитарно-исполнительные комиссии. Главная их цель – недопущение занесения холеры в города. В Оренбурге в состав комиссии пригласили всех врачей и создали Врачебный совет. Он выработал ряд мероприятий по предотвращению распространения холеры: закрытие всех спусков нечистот в р. Урал, учреждение надзора за базарами, разделение города на 8 врачебных участков и создание при каждом дезинфекционных отрядов, введение в штат медицинского персонала губернии 2-х санитарных врачей. Однако принятых мер было не достаточно: из 14691 человека, заболевших азиатской холерой, умерло 8050 (54,8%) [11, с. 40 – 45]. Но в последующие годы работа санитарных врачей не была систематичной. В начале XX века несколько лет (до 1907 г.) оставалась вакантной должность городского санитарного врача в Оренбурге. За это время весь санитарно-статистический материал оказался растерянным, что делало невозможным прогнозирование и упреждение новых эпидемических вспышек. В 1905 г. в городе действовала Гигиеническая лаборатория, производившая анализ воды в р. Урал и всех общественных колодцах. Собранные материалы также были утеряны [12, с. 3 – 5].

В Оренбурге активно проявлялась общественная инициатива. Так, в 1907 г. после нескольких неудачных попыток при Санитарно-исполнительной комиссии возникло 4 Санитарно-благотворительных попечительства, деятельность которых координировалась Центральным бюро во главе с доктором М.М. Кенигсбергом (глава Физико-медицинского общества). Согласно Положению и Инструкции, члены попечеств следили за санитарным состоянием в своих участках (обывательские дома, торговые и промышленные заведения, общественные учреждения), принимали меры к улучшению гигиенических условий, убеждали жителей соблюдать постановления санитарной комиссии. Их деятельность способствовала улучшению санитарно-гигиенического состояния города [13, с. 1 – 3, 101 – 103].

В 1908 г. в Оренбургской губернии действовало 57 больниц на 866 коек (прошли лечение 20632 человека) и 31 аптека (16 сельских). Медицинский персонал состоял из 67 врачей, 141 фельдшера, 36 повивальных бабок [14, с.34 – 35]. При этом в Оренбургском казачьем войске больниц не существовало. Территория войска делилась на 10 врачебных участков, в которых в 1915 г. состояло 10 врачей, 114 фельдшеров и 5 повивальных бабок [15, с. 78].

Учрежденное в 1913 г. в Оренбургском крае земство, используя накопленный опыт и организационные структуры, активно включилось в совершенствование системы здравоохранения в губернии. На первом же заседании Губернское земство рассмотрело состояние дел и сформировало Санитарный отдел, Медико-статистическое бюро при Распорядительном комитете, постановило ежемесячно издавать «Врачебно-санитарные хроники» со сведениями о ходе заразных болезней и материалами о деятельности земств в медико-санитарном направлении [16, с. 1 – 2]. В последующем оно совершенствовало участковый принцип оказания медицинской помощи, разработало планы противоэпидемических мероприятий (их значимость возросла в годы Первой мировой войны), организовало размещение эвакуированного населения, утвердило требования к санитарному состоянию городов, собирало и анализировало статистику основных заболеваний в 1914 – 1917 гг.

Таким образом, со второй половины XVIII в. в Оренбургском крае шло формирование по общероссийскому образцу системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологических структур, активно использовалась общественная инициатива медицинской интеллигенции, а успехи в этом направлении свидетельствуют о поддержке этих мероприятий со стороны губернских властей.

Литература

1. Лебедева И.В., Красюк А.Е. Зарождение медицинской помощи в городе-крепости Оренбурге // Исследования и исследователи Оренбургского края XVIII – начала XX вв. – Свердловск: УНЦ АН СССР, 1983. – 188 с.
2. Кудинов В.Г. Оренбургскому военному госпиталю 260 лет [Электронный ресурс] – электронные данные. – Режим доступа: <http://esculapus.far.ru/conferenc/histori.shtml>
3. Мирский М.Б. Медицина России X – XX веков: Очерки истории. – М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2005. – 632 с.
4. Дегтярёв И.В. Челябинская старина: сборник статей и материалов по истории Челябинска раннего периода (30-е гг. XVIII – середина XIX веков). – Челябинск: Центр ист.-культ. наследия г. Челябинска, 1996. – 120 с.
5. Государственный архив Оренбургской области: ГАОО. Ф.6. Оп.3. Д.4933.
6. Черемшанский В. Описание Оренбургской губернии в хозяйственно-статистическом, этнографическом и промышленном отношениях. – Уфа: Иждевен. Уч. Ком-та Мин. Гос. имущества, 1899. – 472 с.
7. ГАОО. Ф.6. Оп.4. Д.8714.
8. Павловская Л. Холерные годы в России: исторический очерк. – СПб.: Изд. К.Л. Риккера, 1893. – 92 с.
9. Оренбург. – Челябинск: Южно-Уральское книжное изд-во, 1993. – 270 с.
10. Левит М.М. Становление общественной медицины в России. – М.: Медицина, 1974. – 231 с.
11. Обзор Оренбургской губернии за 1892 год. Приложение ко всеподданнейшему отчёту Оренбургского губернатора. – Оренбург, Типография Губернского правления, 1893. – 52 с.
12. Отчёт о деятельности оренбургского городского санитарного врача за 1907 год. – Оренбург: Паровая типо-литография Дворжец, 1908. – 38 с.
13. Отчёт о деятельности санитарно-благотворительных попечительств г. Оренбурга в 1907 году, т.е. за первые 10 месяцев их существования. – Оренбург: Паровая типо-литография Дворжец, 1908. – 126 с.
14. Статистический обзор Оренбургской губернии за 1908 г. – Оренбург: Типография Губернского правления, 1909. – 42 с.
15. Отчёт о состоянии Оренбургского казачьего войска за 1915 г. – Оренбург: Типография А.Н. Гаврилова, 1916. – 121 с.
16. Врачебно-санитарная хроника: сведения о заболеваемости населения Оренбургской губернии за январь месяц 1914 г. – Оренбург: [б.и.], 1914. – 25 с.

АХОВА ЗДАРОЎ’Я НА БЕЛАРУСІ ПАДЧАС РАСІЙСКОЙ ІМПЕРЫІ

Савко Н.П.

ГУА «Беларускі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»

У выніку трох падзелаў Рэчы Паспалітай з 1795 года беларускія землі былі ўлучаны ў склад Расійскай імперыі. Гэтае далучэнне не лепшым чынам сказалася на сістэме аховы здароўя. Значныя здабыткі ў забяспечэнні насельніцтва лячэбнымі ўстановамі і кадрамі, якія былі зроблены шпітальнай камісіяй (утворана ў 1775 годзе і ўяўляла сабой па-сутнасці першае ў свеце Міністэрства аховы здароўя), намаганнямі дзяржавы і меценатаў паступова скарачаліся.

На прыканцы XVIII стагоддзя на беларускіх землях дзейнічала 370 шпіталей на 3

тысячы ложкаў. Працавала значная колькасць як айчынных, так і замежных урачоў. Амаль ўся сярэдняя і буйная шляхта мела прыватных дактароў, якія таксама аказвалі медыцынскую дапамогу прастому людзю.

У Расійскай імперыі пытанні аховы здароў'я на ўсёй яе тэрыторыі падпарадкоўваліся медыцынскай калегіі. У 1802 годзе гэтая калегія была ўключана ў склад Міністэрства ўнутраных спраў у якасці асобага дэпартаменту, які займаўся ў асноўным арганізацыяй медыцынскай дапамогі асуджаным і ссыльным якіх этапавалі ў Сібір. У губерніях ахова здароў'я даручалася прыказам грамадскага прыгляду, а пазней гарадскім губернскім урачэбным управам. Фінансаваліся яны вельмі дрэнна. “Разбор шляхты”, канфіскацыі памесцяў, удзел у паўстаннях (1794 г., 1830-1831 гг., 1863-1864 гг.) прывялі да таго, што многія ўрачы вымушаны былі з'ехаць за мяжу, альбо былі высланы ў Сібір.

Грамадска-палітычнай дзейнасцю на карысць свайго народа займаліся не толькі дыпламаваныя дактары, а таксама выкладчыкі і студэнты Віленскага ўніверсітэта. У адказ на ўдзел выкладчыкаў і студэнцкай моладзі ў паўстанні 1830-1831 гг. універсітэт быў зачынены. У 1842 годзе забаранялася дзейнасць Віленскай медыка-хірургічнай акадэміі, створанай на базе медыцынскага факультэта Віленскага ўніверсітэта. Гэтым па-сутнасці спынялася падрыхтоўка медыцынскіх кадраў на землях былога Вялікага княства Літоўскага. Беларускаму народу, як аднаму з еўрапейскіх народаў які меў багатую гісторыю і высокі ўзровень развіцця, было адмоўлена ў падрыхтоўцы нацыянальных кадраў ўрачоў, інтэлігенцыі ўвогуле. Больш таго, жыхарам былога ВКЛ забаранялася выязжаць на вучобу за мяжу. Права якое дазваляла свабодна выязжаць на вучобу за мяжу з 1447 года было скасавана. У выніку ўсяго гэтага да 1860 года на Беларусі працавала ўсяго 268 урачоў, 39 шпіталей на 1211 ложкаў.

Адказам на закрыццё медыцынскіх навучальных устаноў на Беларусі стала арганізацыя грамадскіх медыцынскіх навуковых таварыстваў. У 1862 годзе яны былі створаны ў Мінску, Магілёве, Гродне, Віцебску. Улады ўсяляк стрымлівалі іх дзейнасць, не сцвяржалі ўстаў Гродзенскага таварыства ўрачоў да 1869 года, на працягу 9-ці гадоў не сцвяржаўся ўстаў таварыства віцебскіх урачоў. Дзейнасць медыцынскіх таварыстваў была накіравана на стварэнне медыцынскіх уставаў, вывучэнне захворванняў, якія існавалі на пэўнай тэрыторыі. Таварыствы выступалі за укараненне новых форм арганізацыі медыцынскай дапамогі насельніцтву – “участковасць”, бясплатнасць, арганізацыю хуткай дапамогі, дзяжурства ў ноч. Бралі ўдзел члены таварыстваў у працы перасоўных “лятухых атрадаў” па барацьбе з трахомаю і іншымі захворваннямі ў аддалёных вёсках. Значная ўвага надавалася імя папулярнага адукацыі гаючых крыніц, арганізацыі вакцынацыі.

Таварыствы ладзілі чытанні па пытаннях медыцыны, выступалі за вырашэнне сацыяльных пытанняў. У 1898 годзе Мінскае таварыства ўрачоў высунула патрабаванне адмяніць цялесныя пакаранні. Важным здабыткам гэтага таварыства з'явілася арганізацыя з'ездаў урачоў Мінскай губерні напярэдадні Першай сусветнай вайны. Было праведзена тры з'езды, навукова-даследчыя матэрыялы якіх былі апублікаваны.

Традыцыі грамадскага і прафесійнага служэння свайму народу прадэмаістравалі беларускія ўрачы падчас паўстання 1863-1864 гг. Адны ўзначалілі паўстанцкі рух, як С.Цэхановіч у г. Гродна, другія прымалі ўдзел у ваенных дзеяннях паўстанцкіх атрадаў, як В.Вільчэўскі, трэція арганізавалі збор і дастаўку харчавання паўстанцам, як С.Брадоўскі і безумоўна аказвалі медыцынскую дапамогу параненым паўстанцам – Ф.Залескі, Ф.Мароз, В.Пармон, Ф.Ажэшка і другія. Урачы якія ўдзельнічалі ў паўстанні былі пакараны ссылаю ў Сібір. Знаходзячыся там і ў іншых месцах Расійская імперыя яны захавалі высокую духоўнасць, прафесійную самаадданасць, неслі медыцынскую асвету і дапамогу мясцоваму насельніцтву.

Прыкметны наватарскі след у навуку і практычную медыцыну Расіі, Польшчы, Германіі XIX – пачатку XX ст. уносілі і іншыя урачы выхадцы з Беларусі. У прыватнасці, значны ўклад у медыцыну Расіі ўнеслі ўрач-хірург Кандрат Грум-Гржымайла які быў родам з г. Магілёва, там жа пачаў працаваць у ваенным шпіталі, у 1833 г. пераехаў у Санкт-Пецярбург атрымаўшы пасаду ў медыцынскім дэпартаменце МУС, выдаў шэраг папулярных кніг і звыш 200 навуковых артыкулаў, сярод якіх трохтомнае выданне “Руководство к воспитанию образованию и сохранению здоровья детей”. Земляком К.

Грум-Гржымайла быў вядомы пецяярбургскі хірург, навуковы дзеяч, педагог Яўстафій Багданоўскі. Газета “Медицинский вестник» адзначала: «Медицинская академия обязана профессору Богдановскому совершенным изменением в преподавании...теоретической хирургии... место ее заняла хирургическая патология, преподавание которой ведется демонстративно и отчасти экспериментально». За навуковыя заслугі Я.Багданоўскага абралі акадэмікам Медыка-хірургічнай акадэміі Санкт-Пецяярбурга. Яго бронзавая фігура ўстаноўлена ў вестыбюлі гэтай акадэміі, як помнік выдатным заслугам нашага земляка. Нельга не згадаць імя Іл’і Буяльскага, які распрацаваў методыку бальзаміравання, Івана Балінскага, заснавальніка Пецяярбургскай школы псіхіятраў, А. Доўгеля – заснавальніка нейрагісталогіі, В. Беклямішава, які з’явіўся заснавальнікам першага ў Расіі інстытута малярый, Сямёна Зімніцкага, які прапанаваў метады дыягнастычнага даследавання функцыі нырак. Прафесійны шлях беларуса Мікалая Судзілоўскага – вучонага, грамадскага дзеяча, урача-гуманіста, насычаны падзеямі і пераездамі: з Заходняй Еўропы на Балканы, у ЗША, на Гавайскія астравы (дзе ён быў губернатарам), у Японію, на Філіпінскія астравы, у Кітай. З яго імем звязаны дасягненні ў галіне хірургіі: лячэнні трахомы, у тэорыі туберкулезу і інш. хвароб. Ён аўтар прац па медыцыне, хіміі, філасофіі, геаграфіі. Значны ўклад у медыцыну ўнеслі і многія другія беларусы.

Вырашыць праблему аховы здароўя павінна была земская медыцына. Яе стварэнне прадугледжвала “Палажэнне аб земскіх установах”, прынятае ў 1864 г. Аднак на беларускіх землях земствы на былі створаны, ахова здароўя тут па-ранейшаму заставалася ў руках гарадскіх губернскіх урачэбных упраў. Рэгламентам гэтых упраў на 7 тыс. насельніцтва прадугледжваўся адзін доктар, адзін фельшар і тры павівальныя бабкі. У абавязкі доктара уваходзіла лячэнне хворага, праверка правільнасці лячэння, назначанага фельшарам, выезд на эпідэміі, арганізацыя воспрышчаплення. Рэгламентам урачэбных упраў не прадугледжвалася дзяржаўнае фінансаванне лячэбных устаноў, іх будаўніцтва. Фінансаванне сістэмы аховы здароўя, як і раней, перекладаўся на плечы самага насельніцтва. Недастатковае фінансаванне сказвалася на стане здароўя ўсіх катэгорый насельніцтва. Асабліва малая увага надавалася ахове мацярынства і дзяцінства. Медыцынская дапамога цяжарным жанчынам, па-сутнасці, адсутнічала, а акушэрская дапамога пры родах знаходзілася ў руках знахарак і павітух. Вялікай была смяротнасць пры родах.

Небяспечным быў і санітарны стан населеных месцаў. Сыпны тыф, халера, чума, воспа, малярыйя, туберкулез, часотка мелі масавае распаўсюджванне. Гэтыя хваробы буквальна касілі насельніцтва. Смяротнасць ад іх складала 528 чалавек на 100 тыс. насельніцтва, што ў 5,5 разоў вышэй чым у Германіі, і ў 10 разоў вышэй чым у Швейцарыі.

З 1868 г. у сувязі з вялікімі захворваннямі ў кожным уездзе дазвалялася на сродкі насельніцтва адчыняць бальніцы і прыёмныя пакоі, утрымліваць аднаго раз’язнога ўрача, 7-9 фельшараў і 3 павівальныя бабкі.

Напрыканцы XIX ст. на Беларусі з’явіліся і функцыянавалі медыцынскія ўстановы дабрачынных таварыстваў, асобных ведамстваў, гарадскіх упраўленняў, а таксама прыватныя лячэбніцы. У выніку развіцця гэтых устаноў у 1900 г. на тэрыторыі Беларусі працавала ўжо 206 бальніц розных ведамстваў, не лічачы ваенных шпіталёў, у тым ліку 69 сельскіх бальніц, 146 сельскіх ўрачэбных пакояў, 241 фельшарскі пункт, 220 аптэк. Агульны фонд складаў 4100 ложкаў, у тым ліку 1005 ложкаў на весцы. Да 1914 года колькасць лячэбных устаноў узрасла.

У пачатку XX ст. на Беларусі пачалі стварацца спецыялізаваныя медыцынскія установы – псіхіятрычныя аддзяленні, радзільныя прыюты, інфекцыйныя, вочныя і хірургічныя лячэбніцы.

У 1899 годзе адкрыліся першыя фабрычна-завадскія амбулаторыі, карэты хуткай дапамогі. У 1910 г. у Магілёве, а ў 1911 г. у Мінску і Оршы былі арганізаваны пастэраўскія станцыі. У гэты ж час з’явіліся і санітарна-мікраскапічныя станцыі для дагляду за продажам мяса, малочных прадуктаў. Аднак негледзячы на гэтыя дасягненні, у 1913 годзе на беларускіх землях на 10 тыс. насельніцтва прыпадала усяго 1,7 урача і 9,3 ложка. Агульная смяротнасць на 1 тыс. чалавек складала 29,1 памерлых, працягласць жыцця ў сярэднім складала 32 гады. Асабліва высокай з’яўлялася дзіцячая смя-

рогнасць. На кожныя 10000 народжаных дзяцей памірала 269 ва ўзросце да 1 года, 43% памірала ва ўзросце да 5 гадоў.

У цэлым падчас Расійскай імперыі ахова здароўя на Беларусі патрабавала значнага развіцця.

ПРИОРИТЕТЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ЭТИКИ И НРАВСТВЕННОСТИ, СОЗДАННУЮ ФЛОРЕНС НАЙТИНГЕЙЛ

Самойло Л.Л., Смирнова Г.Д., Губарь Л.М., Резник Л.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский колледж»

В современном мире растет доля людей пожилого возраста. В целом, в экономически развитых странах, доля лиц старше 60 лет составляет 22–32% общей численности населения, в нашей стране – более 25%. Происходящие с людьми возрастные изменения обуславливают общее негативное отношение к старению. К сожалению, очень трудно изменить в лучшую сторону взгляды общества в целом, но для будущих медработников главным приоритетом должно стать положительное видение старения в системе медико-социального обслуживания пожилых и престарелых граждан, особенно через призму милосердия и доброты, заботы и защищенности, общения, уважения и внимания, помощи и понимания.

Почти 100 лет назад Флоренс Найтингейл определила приоритеты организации сестринского ухода: «Сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную – для понимания больных, научную – для понимания болезни, техническую – для ухода за больным». Сестринский уход означал последовательную смену действий, выполненных медсестрой по отношению к пациенту с целью предупреждения, облегчения, уменьшения и сведения до минимума, возникающих у него проблем и трудностей. Но сестринский процесс многогранен и не может быть сведен в набор стандартных паттернов поведения: в каждом действии, в каждом вербальном и невербальном аспекте содержится, помимо его непосредственного значения и закономерности, то или иное психотерапевтическое воздействие. Каждым своим словом, поступком мы что-то внушаем себе и окружающим. Это влияние особенно сильно на психику пожилого человека, который часто неосознанно ищет дополнительную информацию о своем состоянии в поведении окружающих.

Высокая планка требований к специалистам среднего медицинского звена диктует необходимость развития личностных качеств, соответствующих позициям этики и деонтологии. В процессе общения с пациентами, медицинские сестры могут наблюдать и исследовать симптомы тех или иных заболеваний. Подобная информация может оказаться полезной для врачей при постановке ими диагнозов заболеваний. Наблюдение играет большую роль в тех случаях, когда человек не может ясно объяснить свои проблемы. Ведь обсудить с медсестрой или другим приходящим медперсоналом свои тревоги жалобы и симптомы значительно легче. Медикам необходимо наблюдать за реакциями пожилых людей на лекарства (проявление побочных эффектов). Медикам необходимо знать причины и уметь различать признаки проявления возможных изменений, а также оказывать клиентам помощь в адаптации к ним, а в случае обнаружения острых изменений, необходимо своевременно предоставлять медицинскую помощь. Именно это стало отправным моментом в проведенном нами начиная с 2005 года учебном исследовании, которое охватило: 547 медиков и 218 пожилых пациентов и позволило выяснить: с одной стороны, каков сегодня образ жизни у пожилых пациентов в больницах г. Гродно и у пациентов ОСУ - отделений сестринского ухода (как меняются структура их повседневности, круг общения, социальный статус и материальное положение - иначе говоря, что представляют собой сегодня старость и старение), а с другой стороны – мы проанализировали приоритеты медиков и учащихся колледжа по сестринскому уходу за пожилыми пациентами.

В основном отношение к нашему опросу было доброжелательным, а пожилыми респондентами расценивалось как хоть какое-то внимание, как они выражались. Поэтому первым пунктом нашей анкеты было выяснение – пациентов, с какого возраста респонденты считают себя пожилыми. Начало старости у молодых людей чаще соотносится со временем выхода на пенсию – 55-60 лет. Но если для каждого десятого молодого человека 50-летний пациент уже считался пожилым, то только лишь каждому четвертому пенсионеру 60 лет хотелось бы, чтобы его считали пожилым. У работающих медицинских сестер разных возрастных групп существенных различий в определении границы старения не наблюдается.

Основная нуждаемость по возрастному распределению пациентов в обычных стационарах города Гродно распределилась практически равномерно на 2 возрастные группы 50–59-летних и 60–69-летних, а далее, и особенно в возрасте 80 лет и старше, пациентов всего было около 2%. У медицинского персонала предпочтительным возрастом для ухода за пожилыми пациентами оказался возраст 50–60 лет, по мере его увеличения пациенты становятся «сложными», «требовательными», «капризными»...

Личностное отношение к пожилым пациентам осознанно, либо неосознанно, всегда соотносится с собственными возможностями и представлениями, а также идущими извне требованиями. Среднестатистический анализ коммуникативных установок показал, что у 1/3 медперсонала и пожилых пациентов открытая жестокость в отношениях присутствует – это происходит, когда не скрывается негативная оценка по поводу большинства окружающих: выводы о них резкие, однозначные. Чаще всего это было присуще работающим медсестрам, пациентам ОСУ и вообще пожилым пациентам. Завуалированная жестокость в отношениях к людям, в суждениях о них, настороженность присущи как 21% медработников, так и пожилым пациентам (особенно пациентам ОСУ). Это свидетельствует о том, что мелкие проблемы других их не интересуют, что им просто не хочется замечать их. Максимальные значения обоснованного негативизма в суждениях о людях оказались у 1/3 всех медработников. Основной способ его выражения – это объективно обусловленные отрицательные выводы о некоторых типах людей и отдельных сторонах взаимодействия: ведь в жизни имеют место огорчительные явления, не замечать которые было бы наивно. Склонность делать необоснованные обобщения негативных фактов в области взаимоотношений с пациентами и в наблюдении за социальной действительностью оказалась высокой у 1/4 учащих колледжа и 1/3 участников ВОВ.

Негативный личный опыт общения с окружающими прослеживался в группах учащих – недостаток коммуникативных умений в общении с пациентами или боязнь последних – это явление, приходящее с опытом, и у медсестер ОСУ – здесь он играет роль конденсатора, который удерживает постоянное высокое напряжение отрицательной энергии эмоций – порой достаточно небольшого провоцирующего обстоятельства, чтобы такой опыт воспроизвелся в сознании и поведении личности и отразился на отношениях с людьми. Общий анализ общего среднестатистического балла свидетельствует о наличии выраженной негативной коммуникативной установки в группах всех медсестер, пожилых пациентов и пациентов ОСУ.

Есть еще один угол зрения – это жизненные эмоции в разном возрасте. Судя по ответам на вопрос, о том, какие чувства и эмоции определяли их настроение в последние 2 – 3 недели, только у наших учащих преобладающими оказались положительные эмоции, у работающих преобладание положительных эмоций в какой-то мере, возможно, обуславливало их пребывание на переподготовке, а вот в возрастных группах, начиная от 50 лет, отрицательные эмоции не только преобладали, но частота их упоминаний шла по нарастающей. Чем старше, тем чаще настроение определяется усталостью, беспокойством или тревогой, беспомощностью, печалью, страхом; тем реже надежда на лучшее, у них меньше интереса к жизни, спокойствия, решимости.

Среднестатистический анализ эмпатических способностей проводился только у представителей медицины, как по показателям отдельных шкал, так и по их общей среднестатистической суммарной оценке уровня эмпатии. У половины всех опрашиваемых оказался средний уровень эмпатии, а среди медсестер ОСУ высокий уровень эмпатии не наблюдался вообще. Распределение оценок с учетом значимости параметров выявили тенденцию к преобладанию эмоционального канала эмпатии (42%

случаев во всех группах), при этом у респондентов четко прослеживается способность входить в эмоциональный резонанс с окружающими - сопереживать, соучаствовать. Не менее значимой для 37% оказалась и проникающая способность в эмпатии, позволяющая создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Рациональный канал эмпатии оказался наиболее значимым для медсестер ОСУ. Он характеризует направленность внимания на сущность человека - на его состояния, проблемы, поведение - пациент привлекает внимание своей бытийностью, что позволяет не предвзято выявлять его сущность. Интуитивный канал эмпатии оказался более выраженным у молодежи. Их балльная оценка свидетельствует о способности действовать в условиях дефицита исходной информации о пациентах, опираться на интуицию.

Определение приоритетов медперсонала больниц и у учащихся колледжа при уходе за пожилыми пациентами затруднений не вызвали. Главное – это профессиональная компетентность. Тем не менее, выяснилось, что те будущие медработники, которые сами имеют проблемы со здоровьем, ценят больше всего в уходе защищенность и общение. Проводя оценку качеств, необходимых им для ухода за пожилыми: будущие медицинские сестры выбрали умения, касающиеся любых изменений состояния пациента.

Подводя итог, мы хотим процитировать Кофи Аннана: «Старение населения – это не бремя для человечества, это наше с вами будущее достижение, это общее достижение, это результат победы над болезнями, это результат повышения уровня жизни, это наше социальное завоевание». Развитие человеческого вида идет от человека разумного к человеку мудрому, активно использующему накопленный опыт, поэтому сегодня лозунг "почетной старости", должен смениться лозунгом "активное долголетие". Общество должно осознать важность, необходимость большого числа пожилых людей, научиться продлевать жизнь индивидуума, создать систему, обеспечивающую максимальную отдачу старшим поколением. Поэтому от медицинских работников требуется как их профессионализм, так и их терпение и понимание.

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ЛАЗАРЯ ЯКОВЛЕВИЧА СИТЕРМАНА (1894-1941)

Семенова А. Н., Замойский А. С.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
ГУ «Белорусский научно-исследовательский центр электронной документации»*

Исследовательский интерес представляет судьба белорусских медицинских работников, внесших значительный вклад в развитие отечественного здравоохранения. В период нацистской оккупации медицинская наука Беларуси понесла громадный ущерб. Шокирующим случаем стала расправа нацистов над известным еврейским врачом профессором Лазарем Ситерманом, которого оккупанты подвергали изощренным издевательствам. Гибель этого ученого (выдающегося терапевта и кардиолога республики) стала невосполнимой утратой для белорусской медицинской науки. Материалы о его деятельности отложились в архивах республики, литературе того времени, воспоминаниях, в том числе его сына Якова Этингера (Ситермана), которому удалось бежать из Минского гетто, после войны он был усыновлен профессором Второго московского медицинского института Яковом Гиляриевичем Этингером [1].

Лазарь Яковлевич Ситерман родился в семье фармацевта в Мозыре. В Российской империи для многих евреев медицинская специальность давала в будущем возможность карьерного роста, так как при поступлении на другие специальности существовали ограничения. Он поступил на престижный медицинский факультет Юрьевского (Дерптского) университета (в настоящее время Тарту в Эстонии). Окончание учебы в 1916 году пришлось на период Первой мировой войны. Ситерман был призван в действующую армию и служил терапевтом в госпиталях на Западном фронте, затем был мобилизован в Красную Армию [1]. Переход в гражданскую медицину совпал с по-

строением советского здравоохранения – в 1920-1921 гг. проходила массовая демобилизация военных врачей. Его организаторские и деловые способности были использованы для развития санитарной помощи в Минске, где он некоторое время возглавлял медико-санитарный отдел [2]. В начале 1920-ых годов в разоренном во время войн и революций и наполненном беженцами и репатриантами Минске это был один из сложнейших участков работы. В 1921 году он состоял в качестве районного врача 2-й амбулатории Минска [2]. В марте 1923 года доктору Лазарю Ситерману приказом НКЗ за №443 была объявлена благодарность за активную работу по борьбе с эпидемией тифа в 1921-1923 гг. [2]. В ходе развития поликлинической помощи населению города он встал во главе Центральной рабочей амбулатории (ЦРА). Как представитель окружного отдела здравоохранения принимал участие в решении злободневных вопросов. В частности в 1924 году на совещании вносил предложения о совершенствовании работы скорой медицинской помощи в Минске [2].

Научная деятельность Л. Ситермана стала возможной благодаря созданию медицинского факультета при Белорусском государственном университете. В 1920-ые годы он являлся ординатором и ассистентом клиники внутренних болезней медицинского факультета БГУ. Он принимал активное участие в заседаниях Научного общества Минских врачей, членом которого он состоял [3]. В начале 1930-ых годов он получил должность доцента кафедры пропедевтики внутренних болезней БГУ, а в 1931 году ему было присвоено звание профессора. С 1934 года вплоть до начала нацистской оккупации возглавлял третью терапевтическую клинику Минского медицинского института [5]. В межвоенный период Л. Ситерман проявил себя как врач, занимающийся вопросами диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Его как учёного интересовали вопросы этиологии, патогенеза, клиники и терапии нарушений сердечного ритма. В 1935 году им была защищена докторская диссертация и издана монография «Расстройства ритма сердца» (1935) [5]. Во второй половине 1930-ых годов он посвятил свою научную деятельность изучению вопросов диагностики и лечения инфаркта миокарда. В 1938 году увидела свет монография «Инфаркт миокарда» [6]. Л.Я. Ситерман был консультантом лечебного управления Наркомздрава БССР. Большое значение придавал методике научной работы, им были подготовлены методические указания по диагностике инфаркта миокарда. В 1939 году профессору Л.Я. Ситерману было присвоено почетное звание заслуженного деятеля науки БССР [2, 4]. В начале 1940 года он был включён в состав бригады профессоров Минского медицинского института. Вместе с другими ведущими учеными республики он должен был читать научные лекции для ознакомления медицинских работников недавно присоединенных западных областей БССР со структурой и задачами советской медицины [7].

Начало нацистского вторжения застало профессора Л. Ситермана в Минске. Многие медицинские работники оставались на своих местах и продолжали выполнять свой профессиональный долг. Следуя клятве Гиппократова, они не могли оставить своих незащищенных пациентов, а также раненых воинов Красной Армии. Для врачей-евреев нацистская оккупация подразумевала гибель, а эвакуация становилась единственным на тот момент спасением. Лазарь Ситерман не оставил своих пациентов. С первых дней оккупации начались расправы нацистов над еврейской интеллигенцией, в том числе и медицинскими работниками. Он, как и многие другие граждане еврейской национальности, стал узником гетто Минска. Судьба Ситермана стала знаковой для узников гетто. Многие подпольщики и партизаны вспоминали, как глумились нацистские палачи над этим незаурядным человеком [8, 9]. Известно, что многим специалистам еврейского происхождения на некоторое время оккупанты «даровали» жизнь, так как они нуждались в их услугах [8, 9]. В случае с профессором Ситерманом они умышленно выбрали его жертвой и подвергали унижениям. По воспоминаниям Якова, сына Л. Я. Ситермана, в конце августа 1941 года во двор дома, в котором жила их семья, несколько раз приезжала большая группа гестаповцев, устраивала публичные издевательства над отцом. Следует отметить, что все это снималось на кинокамеру [1]. Палачи стремились, таким образом, деморализовать и терроризировать не только узников гетто, обреченных на гибель, белорусскую интеллигенцию, но также и жителей оккупированного Минска. Однако они не могли сломить волю этого человека. В нечеловеческих условиях, созданных оккупантами в гетто, Лазарь Яковлевич оставался вра-

чом, старался поделиться своими знаниями с окружающими.

Лазарь Ситерман – одна из многих тысяч жертв Минского гетто. На данный момент отсутствуют сведения, когда он был убит. 7 сентября 1941 года профессор Ситерман был арестован нацистами и предположительно увезен в тюрьму [1]. Возможно, это произошло во время одной из массовых акций уничтожения узников Минского гетто. Тяжело оценить тот ущерб, который принесла вторая мировая война народам Беларуси. Имя выдающегося врача и ученого Лазаря Яковлевича Ситермана вписано в историю отечественной медицины.

Литература

1. Этингер, Я. Я. Это невозможно забыть : Воспоминания / ред. О. А. Зимарин. - Москва : Весь мир, 2001. 272с.
2. Змачинская, Н.Ф. Заведующие кафедрами и профессора Минского медицинского института (1921-1996): биогр. справ. / Н.Ф. Змачинская, М.В. Мальковец, А.Н. Пересада. – Минск, 1999. – С. 50-51.
3. Научное общество минских врачей: 1928 г. (Протоколы заседаний) / Под ред. М. А. Поляк, И. М. Флекеля. – Минск : Изд. О-ва врачей; ЦП союза "Медсантруд Белоруссии", 1929.
4. Сітэрман Лазар Якаўлевіч // Беларуская энцыклапедыя: у 18 т. / Рэдкал.: Г.П. Пашкоў [і інш.]. – Мінск: Беларуская энцыклапедыя, 2000. – Т. 14. – С. 425
5. Ситерман, Л.Я. Расстройства ритма сердца: этиогенез, клиника и терапия / Л.Я. Ситерман. – Мн.: Госиздат Белоруссии. Учпедсектор – 1935. – 211с.
6. Инфаркт миокарда / Л. Я. Ситерман. – Минск : Госиздат – 1938. – 128 с.
7. Хроника // Белорусский Медицинский Журнал. 1940, № 1-2.
8. Выжить — подвиг: воспоминания и документы о Минском гетто / Общественное объединение "Республиканский фонд "Холокост", Национальный архив Республики Беларусь. - Минск: НАРБ, 2008.
9. Розенблат, Е.: Медики-евреи // Холокост на территории СССР: энциклопедия / Научно-просветительный центр "Холокост". - Москва: РОССПЭН: Научно-просветительный центр "Холокост", 2009.

РОЛЬ УНИВЕРСИТЕТСКОГО УСТАВА 1863 г. В РЕФОРМЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ XIX ВЕКА

Сергеева М.С.

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М.Сеченова (Москва, Россия)*

Развитие фармацевтического образования в России на протяжении XIX в. происходило в рамках общеисторических событий и тенденций развития государства. Государственные реформы и общая либерализация российского общества 1860/70 гг. не могли не отразиться и на развитии фармацевтического образования.

Общий университетский устав 1863 г., даровав автономия университетам, внес существенные изменения в организацию фармацевтических кафедр и подготовку фармацевтов. Рекомендательный характер устава, действие которого распространялось на Московский, Харьковский, Казанский и Киевский (Св.Владимира) университеты, позволял им по своему усмотрению распределять кафедры и учебные часы. Согласно данному уставу на медицинском факультете вместо единой кафедры «Врачебного вещевословия» предполагалось создание двух кафедр: «Теоретической фармакологии с рецептурой и учением о минеральных водах», а также «Фармакогнозии и фармации». Рекомендованные уставом кафедры, были созданы в Московском и Харьковском университетах.

Внесение структурных изменений в систему подготовки фармацевтических кадров в рамках университета общий устав не предусматривал, но допускал фармацевтов к посещению лекций в качестве вольных слушателей, «по правилам, составленным

Советом каждого Университета». В Московском университете в 1864 г. были приняты дополнительные Правила «о лекциях для фармацевтов и испытании». Они официально зафиксировали программу обучения, рассчитанную на два года, в течение которых фармацевты должны были изучить ботанику, минералогию, зоологию, неорганическую и органическую химию, фармацию, фармакологию, фармакогнозию, а также овладеть умением оказывать первую помощь. Подобные же правила впоследствии были приняты в 1873 г. в Харьковском и в 1879 г. в Казанском университетах. В Московском университете они дважды переиздавались в 1868 г. и 1875 г.

Частные правила российских университетов предусматривали одинаковый срок (2 года) и порядок подготовки фармацевтических кадров в высших школах. При этом программы обучения фармацевтов различались только распределением изучаемых предметов по годам обучения. В первый год аптекарские помощники должны были изучать общие предметы естественно-исторического отделения физико-математического факультета (ботанику, минералогию, зоологию, физику, неорганическую химию). Второй год обучения аптекарских помощников в университете был посвящен изучению ботаники и органической химии на физико-математическом факультете, специальных предметов (фармация, фармакология, фармакогнозия) на медицинском факультете, и практическим занятиям в химико-фармацевтической лаборатории. В более поздних редакциях правил, изданных в 70-х годах XIX в., учебный курс для соискателей фармацевтических званий был дополнен токсикологией, аналитической химией, фармацевтической коммерцией и проведением судебно-химических исследований.

В университете Св.Владимира общий устав был переработан и в 1865 г. утвержден. Согласно новому уставу кафедра «фармакогнозии и фармации» из-за «неактуальности для студентов медиков фармацевтических дисциплин» была исключена из числа особых кафедр и заменена доцентурой при кафедре фармакологии, «так как предметы сии имели второстепенное значение для медиков и преподавание их могло быть поручено доценту». Для токсикологии также была создана самостоятельная доцентура, так как данная наука, по мнению профессоров, «одинаково относилась как к фармакологии, так и к судебной медицине». К кафедре фармакологии присоединили также общую терапию, на том основании, что она, «уясняя закон действия лекарств, ... по самому существу тесно связана с фармакологией, излагающей действия отдельных лекарств». Чтение фармакогнозии и фармации было поручено магистру фармации с правами доцента, «т.е. с правом присутствия в факультете и голоса только по своему предмету, так как фармацевт, не может быть компетентным судьей в медицинских предметах».

Медицинский факультет Казанского университета, с одной стороны, соглашался с медицинским факультетом университета Св.Владимира в том, что распределение преподавания по уставу 1863 г. «может быть с пользою несколько изменено». С другой стороны, признавал, что при распределении кафедр необходимо учитывать не только интересы медицинских студентов, но и обучавшихся там фармацевтов. В связи с этим профессорами медицинского факультета Казанского университета было высказано предложение «подразделить медицинский факультет на два разряда – собственно медицинский и фармацевтический». Дисциплины, необходимые в первую очередь фармацевтам и входившие в состав экзамена на звание провизора, были отнесены к фармацевтическому разряду и подразделены на главные и второстепенные. В состав главных предметов входили: органическая, неорганическая и аналитическая химии, фармакогнозия, фармация и токсикология. Рецептура и фармакология были занесены в разряд второстепенных предметов, хотя и имели большое значение для работы врачей и аптекарей. Такое соотношение дисциплин свидетельствовало о наметившейся тенденции развития фармацевтической промышленности и судебной медицины. Естественные науки: химию, ботанику, зоологию, минералогию и физику - студентам-медикам и слушателям-фармацевтам должны были преподавать профессора физико-математического факультета. Систематические теоретические занятия по химии, фармации, фармакогнозии и токсикологии в учебном плане сопровождались обязательными практическими упражнениями.

Таким образом, в 1864 г. в рамках медицинского факультета Казанского универ-

ситета было организовано фармацевтическое отделение для подготовки провизоров, где срок обучения был рассчитан на три года. Предусмотренный данной программой курс обучения фармацевтов в 1879 г. был сокращен до двухлетнего, следствием чего стало перераспределение предметов преподавания. Новый учебный план фармацевтического отделения Казанского университета соответствовал по структуре образования «провизорским лекциям» Харьковского и Московского университетов, утвержденным правилами «о сроках и порядке производства испытаний на фармацевтические звания» в 1873 г. и 1875 г., соответственно. Распределение предметов по годам обучения в данных университетах отличалось лишь временем преподавания минералогии, фармации и токсикологии. Кроме того, в Харьковском университете фармацевты изучали судебную химию и фармацевтическую коммерцию, которые не входили в программы Московского и Казанского университетов.

Общий устав 1863 г. позволял университетам, в состав которых входили медицинские факультеты, иметь собственные аптеки. Для этого он предусматривал должности одного провизора и двух аптекарских учеников в штатном расписании Московского, Казанского, Харьковского и Киевского (Св.Владимира) университетов. Кроме того, в этих же университетах при кафедре фармации была предусмотрена должность лаборанта, а на саму кафедру выделялось 500 рублей серебром для устройства фармацевтической лаборатории. В Московском, Казанском и Харьковском университетах фармацевтические лаборатории были открыты в дополнение к уже существовавшим аптекам. В университете Св.Владимира было принято решение о закрытии университетской аптеки и учреждении фармацевтической лаборатории. Это вызвало негативную реакцию со стороны ученого аптекаря Н.Н.Неезе. По его мнению, причиной данного решения было то обстоятельство, что «большинство профессоров медицины не уважают учения фармации». Закрытие аптеки, по его мнению, могло повлечь за собой не только ухудшение общего уровня преподавания и содержания преподаваемых фармацевтических наук, но и приобретение данными практическими занятиями чисто условного характера. «Учащиеся медицине не занимаются приготовлением препаратов в аптеке и не знакомятся с рецептурой, хотя это было бы не только полезно, но даже и необходимо, и притом удобоисполнимо. Учащиеся фармации, по недостатку времени, как они говорят, готовят только те препараты, которые им задаются на экзамене, а кроме этого практически не занимаются». Отчасти закрытие университетской аптеки объяснялось передачей ответственности за преподавание фармации и фармакогнозии, входившей ранее в обязанности ученого аптекаря, магистру фармации, занимавшему должность доцента кафедры фармакологии.

Таким образом, благодаря уставу 1863 г., у российских университетов появилась возможность для реализации собственных представлений о способе обучения фармацевтов. Московский и Харьковский университеты продолжили работу в рамках рекомендованных уставом кафедр. Организацией самостоятельного фармацевтического отделения и разработкой соответствующего учебного курса занялся Казанский университет. В университете Св.Владимира из двух рекомендованных общим уставом кафедр была организована только одна, имевшая большее значение при подготовке врачей - кафедра фармакологии. При этой же кафедре было организовано преподавание фармации и фармакогнозии.

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ

Сластников С.Ю.

ГУ «Медицинская служба гражданской авиации»

Предпосылки необходимости медицинского обеспечения полетов возникли с первыми "летными происшествиями" при попытках человека подняться в небо.

21 ноября 1783 г. в Париже состоялся первый полет людей на воздушном шаре.

Пилатр де Розье и д'Арланд пролетели над городом на высоте около полукилометра. А уже в 1785 году Пилатр де Розье открыл печальный счет катастрофам в истории авиации. Повторилась история с мифическим Икаром: Пилатр де Розье был первым человеком, поднявшимся в воздух, и первой его жертвой. Много интересных полетов совершил аэронавт Бланшар, но в 1809 году нелепо погиб. Проверая оборудование, он почувствовал себя плохо и выпал из корзины.

Так, шаг за шагом, год за годом, платя жертвами и потерями, люди проникали в тайны воздушного океана. При этом становилась все более очевидной необходимость участия медиков в организации и обеспечении таких полетов.

14 июля 1909 г. Совет Всероссийского аэроклуба вынес решение: "Признать необходимым разрешить желающим членам аэроклуба совершать полеты лишь при условии их медицинского освидетельствования". Эту дату можно считать днем рождения авиационной медицины на территории бывшей Российской империи.

В 1910 г. Военным ведомством России издан приказ с объявлением "Расписания болезней и физических недостатков, препятствующих службе офицеров, низших чинов и вольнонаемных техников в воздухоплавательных и авиационных частях" и созданием первой врачебно-летной комиссии.

В конце 1917 г. в штат первого авиационного отряда зачисляется врач, а в 1918 г. должности врачей появляются во всех авиационных частях.

В мае того же 1918 г. учреждается Главное управление Рабоче-Крестьянского Красного Воздушного Флота (Глав-воздухфлот), которое руководит военными воздушными силами страны.

В 1924 г. вводятся в действие "Инструкция по освидетельствованию летного состава" и "Наставление врачебно-летным комиссиям".

В первые годы существования ГВФ медицинское обеспечение авиационных специалистов осуществлялось либо силами медицинской службы Рабоче-крестьянской Красной Армии, либо территориальными учреждениями здравоохранения.

В этот период издаются нормативные правовые акты по авиационной медицине. Так, впервые вводится Положение о медицинском и психологическом освидетельствовании летно-подъемного и инженерно-технического состава, организованы психологические лаборатории. Самолеты, уходящие в рейс, комплектуются запасом продуктов и кипяченой питьевой водой.

В ХОЗУ Гражданского воздушного флота вводится должность инспектора по обеспечению летного состава путевками в санатории, профилактории и дома отдыха, которые были в ведении Главного Управления ГВФ. В 1932 г. при Государственном научно-исследовательском институте гражданской авиации организуется медицинский отдел (№ 12). В Наркомате здравоохранения СССР создается самостоятельное Управление лечебно-санитарных учреждений Воздушного транспорта, возглавляемое врачом Шютте, со следующими отделами: лечебный, санитарный, лечебно-профилактической помощи детям, планово-финансовый и капитального строительства.

Перед самым началом Великой Отечественной войны (в марте 1941 г.) начальником Управления лечебно-санитарных учреждений Воздушного транспорта Наркомата здравоохранения СССР был назначен Павел Васильевич Коларов, который возглавлял Управление до 1944 г. В 1944 г. его сменил на этом посту полковник медицинской службы Петренко Илья Кузьмич. Тогда же, в 1944 г., двумя ведомствами, Наркоматом здравоохранения и Главным Управлением Гражданского воздушного флота, было утверждено первое Положение о медицинской службе Гражданского воздушного флота.

Бурное развитие гражданской авиации требовало повышенного внимания к обеспечению безопасности полетов, к состоянию здоровья лиц летного состава, бортпроводников и лиц инженерно-технического состава, обслуживающих полеты, а также к курсантам, поступающим в летные и летно-технические учебные заведения, развитию медицинской науки в гражданской авиации. И как следствие, 16 июня 1948 г. было принято Постановление Совета Министров СССР о передаче из Министерства здравоохранения СССР Управления лечебно-санитарных учреждений воздушного транспорта и подведомственной ему сети медицинских учреждений на местах в Главное

Управление Гражданского воздушного флота. Ведомственную медицинскую службу гражданской авиации в Минске возглавил Иван Михайлович Парфенков.

По приказу Министерства здравоохранения СССР и начальника Главного Управления Гражданского воздушного флота № 388/117 от 23.06.48 г. все соответствующие медицинские учреждения и фонды Министерства здравоохранения СССР передавались Главному Управлению Гражданского воздушного флота, а 27 августа 1948 г. приказом уже начальника Главного Управления ГВФ Байдукова Г.Ф. № 237 было утверждено "Положение о медицинской службе Гражданского Воздушного Флота", которое действовало почти 30 лет.

В период с 1948 по 1954 гг. совершенствовалось динамическое врачебное наблюдение за летным составом: сначала эту функцию выполняли КАМ (кабинеты авиационной медицины), затем ЛАМ (лаборатории авиационной медицины), ЛАМ с функцией ВЛЭК. В штатное расписание ЛАМ была введена должность врача летного отряда, специализированную помощь летный состав получал у врачей-специалистов медико-санитарной части, а санаторно-курортное обеспечение было возложено на лечебно-профилактический отдел. В дальнейшем сложилась следующая система медицинского наблюдения за летным составом (и бортпроводниками): медицинский осмотр при поступлении в учебные заведения гражданской авиации; наблюдение в течение года у врача-специалиста учебного заведения; наблюдение в течение рабочего года за пилотом (бортпроводником) врачом летного отряда (отряда бортпроводников) с периодическим прохождением ВЛЭК, а также контроль у врача-специалиста для лиц, находящихся на диспансерном врачебном наблюдении; контроль перед вылетом у врача старта; стационарное обследование или лечение, в т.ч. реабилитационное, по показаниям; прохождение освидетельствования во ВЛЭК при необходимости; санаторно-курортное лечение по показаниям.

В соответствии с решением Министерства здравоохранения СССР в 1970 г. при Медико-санитарном управлении гражданской авиации начала работу аттестационная комиссия для врачей и средних медработников отрасли, которая при аттестации врачей учитывала особенности работы авиационного врача.

Указанная структура существовала до 1992 г. За этот период были решены и упорядочены вопросы медицинского обеспечения в гражданской авиации. Лечебно-профилактическую базу Службы составляли медико-санитарные части гражданской авиации, медико-санитарные части с функцией ВЛЭК, медико-санитарные части с ВЛЭК и стационарами, здравпункты врачебные и фельдшерские. Упорядочена номенклатура врачебных должностей гражданской авиации: "врач летного отряда", "врач отряда бортпроводников", "врач-эксперт", которая была согласована с Министерством здравоохранения СССР. Определена работа медико-санитарных частей по цеховому принципу. В штат медико-санитарных частей введена на правах заместителя должность председателя ВЛЭК. Специализированную помощь в соответствии с должностными обязанностями осуществляли врачи-специалисты медико-санитарных частей.

С 1948 г. до 1987 г. сеть медицинских учреждений и штат медработников увеличились более чем в 6 раз. В отрасли насчитывалось 3626 врачей при общем количестве работающих около 20 тысяч человек. В составе Медико-санитарного управления Министерства гражданской авиации насчитывалось 849 медицинских учреждений. Таким образом, к 1988 г. в гражданской авиации сложилась стройная система медицинского обслуживания авиационного персонала при решении главной задачи – медицинского обеспечения полетов.

На территории Беларуси первое подразделение авиационной медицины появилось в апреле 1953 года. В составе Минского ордена трудового Красного знамени объединенного авиаотряда Белорусского управления Гражданской авиации был создан кабинет авиационной медицины. Эту дату принято считать днем рождения и ныне существующей врачебно-экспертной комиссии (ВЛЭК). Первым председателем ВЛЭК стала Валентина Дмитриевна Запольская. Со временем кабинет был реорганизован в лабораторию авиационной медицины с функциями ВЛЭК, а в 1981 г. в Медико-санитарную часть.

В январе 1990 г. авиаотряд был реорганизован в предприятие «Аэропорт «Минск-1», а в 2003 году медико-санитарная часть РУП «Аэропорт «Минск-1» была

выделена в самостоятельное учреждение «Медико-санитарная служба» Государственного комитета по авиации. В сентябре этого же года учреждение стало именоваться Медико-санитарной частью Государственного комитета по авиации.

В 2007 г., в связи с реорганизацией Государственного комитета по авиации в Департамент по авиации Министерства транспорта и коммуникаций учреждение получило новые функции и название: Государственное учреждение «Медицинская служба гражданской авиации» Министерства транспорта и коммуникаций (сокращенно – МСГА).

В 2011 г. МСГА передано в систему Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

За это время своего существования МСГА стала основным авиамедицинским учреждением в Республике Беларусь, осуществляющим полный комплекс медицинских услуг, медицинское обслуживание авиационного персонала, врачебно-летную экспертизу и методическое руководство другими медицинскими структурными подразделениями авиационных организаций Республики Беларусь.

В состав МСГА входят отделение врачебно-летной экспертизы и медицинского обеспечения безопасности полетов и поликлиника. Здравпункты МСГА расположены в Национальном аэропорту «Минск» и аэропорту «Минск-1».

Основным предметом деятельности Учреждения является медицинское обеспечение безопасности авиационных полетов, оказание медицинской помощи работникам авиационных организаций, осуществление координации деятельности медицинской службы Гражданской авиации Республики Беларусь.

МСГА активно сотрудничает с международными авиамедицинскими организациями. Сотрудники МСГА являются членами Ассоциации авиационной, космической, морской экстремальной и экологической медицины. Руководство МСГА входит в состав координационно-консультативного авиамедицинского совета Межгосударственного авиационного комитета. В 2009 г. очередное заседание совета проводилось в г. Минске.

МСГА активно развивается. Совершенствование методов работы в области авиационной медицины продолжается. Разрабатываются и вводятся новые нормативные документы. Внедряются новые методы диагностики, совершенствуется профессиональный уровень медицинского персонала, что в конечном итоге делает авиационный транспорт все более безопасным.

РАЗВИТИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕКРЕАЦИОННО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ЗОНЕ «ГОРОДИЩЕ»

Смычек В.Б., Вальчук Э.Э.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации

В целях совершенствования руководства хозяйственной деятельностью предприятий и организаций Главного хозяйственного управления Совета Министров Республики Беларусь 26 декабря 1991 года на базе управления зданиями был создан пансионат «Городище». На вновь созданное учреждение были возложены функции по организации лечебно-профилактической помощи отдыхающим и восстановительному лечению больных, направляемых из стационара. Основу вновь созданного пансионата составили семь дач летнего типа, двухэтажный жилой корпус, магазин спецобслуживания с кинозалом и здание сауны на берегу озера. Незначительная реконструкция и ремонт позволили в помещении кинозала организовать столовую с обеденным залом, кухней с набором всех необходимых вспомогательных помещений. В двухэтажном спальном корпусе разместился пост дежурной медицинской сестры.

Первые пациенты пансионата заехали в марте 1992 года. В связи с отсутствием медицинских кабинетов физиотерапевтические процедуры отпускались редко, в ос-

новном применялось медикаментозное лечение.

В связи с ликвидацией Указом Президента Республики Беларусь от 4 августа 1994 года №19 лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Совета Министров Республики Беларусь и необходимостью развития диагностической и лечебной базы для лечения, реабилитации и оздоровления контингента лиц, прикрепленных на медицинское обслуживание к Республиканской больнице и населения, пострадавшего вследствие аварии на Чернобыльской АЭС приказом начальника Главного управления лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений Управления делами Президента Республики Беларусь от 20 сентября 1994 года №5 пансионат «Городище» реперофиллирован в санаторий-профилакторий «Городище».

В короткие сроки было приобретено новое медицинское оборудование, отремонтированы помещения для размещения медицинских кабинетов, подобран высококвалифицированный медицинский персонал. Коечная мощность санатория-профилактория в то время составляла 75 мест, из них 30 койко-мест были развернуты в двухэтажном спальном корпусе для отделения медицинской реабилитации и 45 мест в отдельно стоящих домиках для санаторных больных.

В мае 2003 года по итогам посещения санатория-профилактория «Городище» Президентом Республики Беларусь, совместно с Управляющим делами Президента Республики Беларусь и Министром здравоохранения Республики Беларусь было принято решение о нецелесообразности функционирования отделения медицинской реабилитации.

Во исполнение поручения Президента Республики Беларусь от 30 марта 2007 года №22-15/1077 ПЗ94 «О передаче государственного учреждения «Санаторий «Городище» из подчинения Управления Президента Республики Беларусь в подчинение Министерства здравоохранения» приказом Управляющего делами Президента Республики Беларусь от 13 апреля 2007 года № 96 санаторий в августе 2007 года передан в ведение Министерства здравоохранения. На основании приказа Министра здравоохранения Республики Беларусь от 24 августа 2007 года № 693 реорганизован в государственное учреждение «Республиканская больница медицинской реабилитации «Городище».

Приказом Министра здравоохранения от 21.09.2007 г. № 763 «О некоторых вопросах организации медицинской реабилитации больных в организациях здравоохранения, подчиненных Министерству» в больнице «Городище» открыты новые реабилитационные и диагностические отделения. К ним относятся: отделение медицинской реабилитации для онкологических больных, завершивших радикальное лечение на 40 коек с размещением в коттеджах, отделение медицинской реабилитации больных с эндокринной (онкологической) патологией на 40 коек с размещением в коттеджах, отделение медицинской реабилитации больных после операций на органах пищеварения на 40 коек с размещением в 2-х этажном лечебном корпусе, отделение лечебной физкультуры и физиотерапии.

Спустя несколько лет приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.05.2010 года «О реорганизации государственного учреждения «Научно-исследовательский институт медицинской экспертизы и реабилитации» Министерства здравоохранения Республики Беларусь путем присоединения к нему государственного учреждения «Республиканская больница медицинской реабилитации «Городище» и переименовании в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» на базе республиканской больницы создан научно-практический центр. Распоряжением Министра здравоохранения от 26.08.2011 года об оптимизации работы Республиканского научно-практического центра медицинской экспертизы и реабилитации коечный фонд для реабилитации онкологических пациентов увеличен с 80 до 110 коек и открыто консультативно-поликлиническое отделение для оказания амбулаторной помощи пациентам по вопросам медицинской экспертизы.

Таким образом, сложившиеся условия позволили в рекреационно-оздоровительной зоне «Городище» создать оптимальные условия для функционирования единым блоком научной и практической части ведущего реабилитационного учреждения Республики Беларусь.

ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Соколов А.Ю.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Управление качеством медицинской помощи является одной из основных составляющих модели эффективного функционирования здравоохранения. Исторические корни белорусской системы управления качеством медицинской помощи исходят из советской системы организации здравоохранения с последующей ориентацией на модель оценки и контроля качества медицинской помощи Российской Федерации и рекомендаций экспертов Всемирной организации здравоохранения. Экспертиза качества медицинской помощи, традиционно основанная на его оценке и контроле, эволюционно развилась до управления ее основными элементами.

Понятие управления качеством в здравоохранении в официальных документах появилось тридцать лет назад, когда в 1982 году Минздрав СССР утвердил методические рекомендации, разработанные руководителем отделом НОТ НИИСГиОЗ им. Н.А. Семашко Р.Л. Цвангом (3). В них написано: «Прежде всего, мы считаем необходимым ввести в системе здравоохранения определение – управление эффективностью и качеством медицинской помощи населению. Это определение означает, что повышение эффективности и качества является целенаправленной организующей деятельностью органов здравоохранения. Управление эффективностью и качеством медицинской помощи включает: управление передовым опытом работы; управление внедрением новых методов диагностики, лечения, профилактики; управление внедрением научной организации труда медицинского персонала» (с. 7).

Следующей существенной вехой в развитии методологии оценки и контроля качества медицинской помощи следует считать эксперимент по интенсификации использования коечного фонда больниц и повышению качества лечебно-диагностического процесса, проводимый в ряде больничных организаций СССР, в том числе нескольких детских и 5-ой городской клинической больницы г. Минска (1). Основные положения экспертной оценки качества медицинской помощи, отработанные в этом эксперименте, присутствуют в современной системе управления качеством медицинской помощи, в том числе уровневая система (зав. отделением, зам. гл. врача, экспертные комиссии); документирование процесса оценки (карты оценки качества медицинской помощи); дефектологическая направленность деятельности экспертов с последующим снижением показателей качества экспертируемых; попытка объективизации оценки на основе экспертизы медицинской документации и др. Следующим этапом развития системы управления качеством медицинской помощи следует считать внедрение модели нового хозяйственного механизма (НХМ) в систему здравоохранения. В Республике Беларусь была принята кемеровская модель НХМ, на основе которой в 1989 г. были утверждены соответствующие методические рекомендации со словами «управление качеством медицинской помощи» в заглавии (8), что согласовывалось с рекомендациями Минздрава СССР (7).

Из региональных систем управления качеством медицинской помощи прежде всего заслуживает внимания инициативная разработка ТМО №1 г. Гродно (руководитель авторской группы Курбаев В.Д.) положения о системе управления качеством медицинской помощи, несмотря на спорное понимание ими объекта оценки и контроля качества медицинской помощи (4).

Дальнейшим стимулом в становлении современного структурного компонента качества медицинской помощи является период 2003-2007 гг., когда были проведены основные мероприятия в области реструктуризации структуры качества по шести направлениям (5) и по внедрению унифицированной системы управления качеством медицинской помощи с ее адаптацией к системе экономического стимулирования. Последняя задача оказалась более сложной как в теоретическом, так и в практическом аспектах.

Основным нормативным правовым документом в области управления качест-

вом медицинской помощи сегодня является Положение о системе управления качеством медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь (6) и утвержденная на его основе Методика оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях (2). Положение разработано на основе рекомендаций Всемирной организации здравоохранения и является основным стратегическим потенциалом развития управления качеством медицинской помощи в стране. В нем, безусловно, правильно определен объект управления качеством медицинской помощи (п. 1.2 Положения), принципы (п. 2.2), составляющие контроля качества медицинской помощи (п. 2.3) и т.д. Однако формализует процесс управления качеством содержание пункта 2.7 Положения, ставя под некоторое сомнение принципы его объективности и достоверности.

Исторические аспекты различных явлений в организациях здравоохранения следует рассматривать не столько из-за того, чтобы знать имена первооткрывателей, а, во-первых, чтобы знать, что было сделано, а во-вторых, как сделать лучше, не изобретая вновь.

Литература

1. Инструктивно-методические указания по проведению эксперимента по интенсификации использования коечного фонда больниц и повышению качества лечебно-диагностического процесса. – Минздрав СССР, М., 1986 г.
2. Методика оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях: Инструкции по применению / Цыбин А.К., Мовчан К.А., Пилипцевич Н.Н. и др. – Мн., 2002 – 24 с.
3. Методические рекомендации «Организация управления эффективностью и качеством медицинской помощи». – Минздрав СССР, М., 1983
4. Методические рекомендации по переводу лечебно-профилактических учреждений на систему организации и оплаты труда с оценкой по законченному результату деятельности. – Гродно, 1999 г.
5. О концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003-2007 годы: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 8 октября 2003 года № 1276.
6. Положение о системе управления качеством медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2002. - №4. – С. 28-30.
7. Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – Т. 1. – М., Минздрав СССР, 1989 г.
8. Ценообразование, взаиморасчеты и управление качеством медицинской помощи на основе клинико-статистических групп в учреждениях здравоохранения системы Минздрава БССР в условиях нового хозяйственного механизма (Методические рекомендации). – Мн., 1989 г.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МАГИСТРОВ ФАРМАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ СОВРЕМЕННОЙ БЕЛАРУСИ

Сосонкина В.Ф.

РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ»

Степень магистра фармации (аптекаря) установлена в России в 1845 г. Это звание считалось самой высшей фармацевтической степенью (высшей степенью было звание провизор, а низшей – аптекарский помощник).

В соответствии с Уставом Врачебным (1857 г.) претендующий на степень магистра фармации должен был хорошо знать не только те предметы, которые необходимы на получение степени провизора, но иметь обширные знания в химии и фармации. Кроме того, он обязан был сделать два исследования: одно химическое, а другое су-

дебно-химическое, сопровождая их удовлетворительными пояснениями. Далее, под контролем одного из экзаменаторов решить 2 вопроса: один химико-фармацевтический, другой, взятый из естественной истории или из физики. Ответы разрешалось писать на русском или латинском языке, либо на одном из часто употребляемых европейских языков. Затем соискатель допускался к написанию диссертаций на русском или же на латинском языке, либо на одном из часто употребляемых европейских языков. Тема диссертации могла быть назначена экзаменаторами или избрана самим испытующим. Защита диссертации проходила на одном из вышеуказанных языков. Удостоенный степени магистра фармации обязан был выслушать и подписать «фармацевтическое обещание», которое было напечатано на обороте диплома: «Принимая с глубокой признательностью права и преимущества, соединенные даремой мне ныне, самую высшей фармацевтической степенью, я даю обещание в течение всей своей жизни ничем не помрачать честь сословия, к которому принадлежу. Обещаю выполнять добросовестно все закрепленные званием аптекаря обязанности, отпускать только добросовестные лекарства, не заменять одних другими, врачебные средства, не введенные в таксу, отпускать по умеренной цене и по возможности облегчать бедным приобретение лекарств».

На основании документов государственных архивов Республики Беларусь и других литературных источников установлено, что в середине – конце XIX века и в начале XX века в аптеках на территории современной Беларуси занимались фармацевтической деятельностью со степенью магистра фармации: Р-Л.С. Сухецкий (Брест-Литовск); Яков Казимирович Коссинский (Гомель); А.Х. Тальберг и А.В. Рейдемейстер (Витебск); Г.В. Левин (местечко Кореличи Новогрудского уезда Минской губернии); А.Д. Бантле (Рогачев Могилевской губернии); С.О. Сикорский (Могилев); Ланге, И.М. Натансон, Г.О. Габрилович, А.О. Коварский, Д.И. Найдус, Р-Л.С. Сухецкий (Минск); К. Ботт и А. Голик (местечко Чечерск Могилевской губернии), Рубинраут (г. Гродно) и др.

В числе первых магистров фармации в Минской губернии был Исаак Моисеевич Натансон. В его служебном списке записано, что после окончания 4 классов Дворянского института в 1858 г. поступил аптекарским учеником в Виленскую аптеку и пробыл в ней до 15 августа 1861 г.

В 1862 г. выдержал экзамен с отличием на звание аптекарского помощника в Императорской медико-хирургической академии в С-Петербурге и с 25 февраля по 17 августа 1863 г. служил в Виленской аптеке.

В сентябре 1863 г. был зачислен студентом медико-хирургической академии С-Петербурга и слушал курс фармацевтических наук до 17 июня 1865 г. Одновременно занимался вольной практикой в аптеке первого военно-сухопутного госпиталя.

24 июня 1865 г. получил звание провизора с отличием. Остался в С-Петербурге и находился (по июнь 1867 г.) частным образом при фармацевтической лаборатории и фармацевтическом кабинете академии под руководством академика Траппа, готовясь к магистерскому экзамену.

10 июня 1867 г. выдержал в академии с отличием теоретический и практический экзамен с отличием на степень магистра фармации, защитил диссертацию под заглавием «Об аптекаре полевого Куколя» и удостоен степени магистра фармации.

В течение 30 лет (1867–1897) являлся владельцем и одновременно управляющим аптекой в Минске на Соборной площади. Многие годы был сверхштатным фармацевтом при Минских Богоугодных заведениях, во врачебном отделении Минского губернского правления.

В удостоверении, выданном ему врачебным отделением Минского губернского правления 24 февраля 1890 г., отражено: «...магистр фармации И.М. Натансон всегда представлял собой образец аккуратности и полного знакомства с делом, врученным ему его профессией, и аптекою его, постоянно прогрессируя в улучшениях, вызываемых современными требованиями фармации, всегда стоял на ряду первостепенных аптек. Вверяя ему до назначения штатного фармацевта в отделение, производство разных судебно-полицейских и химико-аналитических исследований, врачебное отделение постоянно встречало в нем лучшего и вполне доверенного своего пособника в деле судебно-химической экспертизы».

Его дочь Татьяна по окончании Минской гимназии (1892 г.) получила звание ап-

текарской ученицы, а через 5 лет (1897) – аптекарского помощника в Московском университете.

О дальнейшей судьбе М.И. Натансона и его дочери ничего не известно.

Наиболее яркой фигурой фармацевтической общественности того времени был магистр фармации Густав Осипович Габрилович.

По окончании полного курса наук дворянского училища Россиенского уезда Ковенской губернии в 1858г. он поступил аптекарским учеником в аптеку провизора Зделя в г. Россиены (ныне г. Каунас, Литва).

В 1861 г. выдержал экзамен на степень аптекарского помощника в Императорской медико-хирургической академии в С-Петербурге, прослужив определенный срок в аптеке провизора Эфеля г. Россиены, после прослушивания курса по фармации в медико-хирургической академии в С-Петербурге в 1864 г. выдержал экзамен на степень провизора с отличием.

В академии стал заниматься при химической лаборатории, сдал экзамен, защитил диссертацию под названием «О действии едкого кали на касторовое масло» и получил степень магистра фармации 21 мая 1866 г.

В январе 1870 г. Габрилович приобрел аптеку в Минске и стал ее управляющим. В 1890 г. купил дом на Соборной площади, в который была переведена и аптека, оставался ее владельцем, а в качестве управляющего аптекой в разное время были провизоры Гаркави Н.Б., Шайзон О.М., Гинзбург М.Б., Каждан В.Г., Черный И.Л.

В аптеке магистра фармации Габриловича начнет служить Арон Ошеров Коварский, который в будущем тоже получит такое звание, будет владеть и управлять аптекой, откроет химико-бактериологический кабинет на Соборной площади в доме Габриловича.

В начале 1891 г. Габриловичем была открыта первая в Минске химическая лаборатория. Она была устроена при аптечном складе в собственном его доме. В лаборатории проводились анализы товаров, а также химико-фармацевтических препаратов.

Весной 1901 г. Габрилович перебрался с женой в Москву, став владельцем Петровской аптеки в доме Коровина.

Магистр фармации Г.О. Габрилович осуществлял фармацевтическую деятельность в Минске 30 лет.

По стопам своего отца пошел его сын Осип Габрилович, который родился в Минске в 1871 г. В 1891 г. выдержал экзамен в Юрьевском (Дерптском) университете на звание аптекарского ученика, проходил фармацевтическую практику в аптеке отца в Минске, в аптеке Жуковского в С-Петербурге, в аптеке магистра фармации в г. Юрьеве и т.д.

В Юрьевском университете получил звание провизора и приступил к работе над диссертацией на тему «К вопросу о медицинских винах». В 1898 г. прошла защита диссертации в Московском университете с получением степени магистра фармации. Потом он около двух лет работал химиком, затем управлял маслособойным заводом в Воронеже. В 1900 г. был назначен управляющим Воронежской Старо-Конной аптекой, а спустя 14 лет – управляющим химико-фармацевтической лабораторией «Блюменталья» в Москве.

В 1921 г. О.Г. Габрилович входил в научную комиссию фармацевтического отдела Наркомздрава РСФСР, проводил анализ 7-го издания Российской Фармакопеи.

Яркий след в истории фармации оставила и племянница Г.О. Габриловича – Ольга Габрилович (дочь брата Евгения). Она прошла весь фармацевтический путь от аптекарской ученицы до магистра фармации, став первой женщиной в России, посвятившей себя научной и педагогической деятельности в русском учебном заведении.

После смерти отца в 1918г. вместе с сестрой и матерью эмигрировали во Францию, где продолжала работать в знаменитом институте Пастера.

В начале XX в. помимо магистра фармации А.О. Коварского в Минске занимался фармацевтической деятельностью и Давид Исаакович Найдус, который в марте 1903г. защитил диссертацию в Петербургской военно-медицинской академии и получил высшую фармацевтическую степень.

В памятной книжке Витебской губернии на 1912 год упоминается, что в 1910г.

владельцами вольных аптек было 3 магистра фармации (без указания их фамилий и населенных пунктов).

В то время магистры фармации были известные и уважаемые люди. В частности, Густав Осипович Габрилович в течение трех сроков был гласным Минской городской думы и членом городской управы. Он широко занимался благотворительной деятельностью, за что был отмечен нагрудным знаком Красного креста.

Г.О. Габрилович и И.М. Натансон являлись действительными членами Минского общества попечения о больных и раненых воинах.

Все магистры фармации входили в состав Общества врачей, организованных в губернских городах.

В феврале 1908 г. в России был учрежден знак «магистр фармации». Знак представлял собой серебряный оксидированный (анодированный) государственный герб (двуглавый орел под императорской короной), обрамленный золотым венком из лавровых (слева) и дубовых (справа) ветвей. В нижней части знака (на хвост орла) налагался вертикально ромб, покрытый белой эмалью. Внутренние и наружные края ромба были серебряные. На ромб были наложены золотые буквы «МФ» («магистр фармации»).

Высшая фармацевтическая степень «магистр фармации» присваивалась провизорам в России до Октябрьской революции 1917 г., в странах Западной Европы (например Польша) она сохранилась и позже, о чем свидетельствуют факты.

В документах государственного архива Брестской области, в других литературных источниках в конце 20-х годов XX в упоминаются в Бресте-над-Бугом магистр фармации Шпринко Е.К., управляющий аптекой Давида Ракова магистр фармации Абрам Олкинский, аналитико-химико-бактериологическая лаборатория магистра фармации Кротовского и доктора медицины Мостовланского; в 30-40 годы – в местечке Дятлово (ныне районный центр Гродненской области) – аптека и фармацевтическая лаборатория магистра фармации Б.Череховского, Я. Лазаревич в Кобрине, Лев Самуилович Горелов в Бресте, магистры фармации в аптеках Гродно – Т.И. Бублеева, Орловская, Шумская, Панкевич.

Таким образом, на протяжении XIX–XX столетий в аптечных учреждениях на территории современной Беларуси насчитывалось не менее 26 магистров фармации, большинство из них владели и управляли вольными аптеками.

ИСТОРИЯ АПТЕЧНОГО ДЕЛА НА РОГАЧЕВЩИНЕ В СОБЫТИЯХ И ЛИЦАХ

Сосонкина В.Ф., Приходько С.А.

*Республиканское общественное объединение фармацевтических работников
«ФАРМАБЕЛ»*

Истоки аптечного дела на территории современного Рогачевского района берут свое начало со Средневековья. В книге М.М. Яницкой «Вытокі шкларобства Беларусі» упоминается о нахождении археологами при раскопках на территории села Зборово Рогачевского района Гомельской области среди предметов и фрагментов аптечного сосуда из бесцветного стекла XI-XIII столетий. В конце XVIII – начале XIX вв. в Рогачевском уезде Могилевской губернии появились три небольших стекольных предприятий (мануфактуры), одно из которых в местечке Хизово выпускало посуду для аптек. Эти сведения приведены в книге М.Ф. Болбаса «Развитие промышленности в Белоруссии (1795 – 1861 гг.).

По изученным нами документам государственных архивов и других литературных источников точная дата открытия первой аптеки в районе пока неизвестна.

В памятной книжке Могилевской губернии на 1861 год приведены сведения о функционировании в 1849 г. в городе Рогачеве аптеки, владельцем которой был магистр фармации Антон Демьянович Бантле, он же и управлял ею. В аптеке постоянно

проходили фармацевтическую практику аптекарские ученики.

В 70-80-е годы XIX столетия стала действовать сельская аптека в местечке Журавичи, в 1892 г. принадлежала она жене аптекарского помощника Ц.Л. Мнухин, управляющим был Мовша Ицков Мнухин. В качестве лечебного учреждения местечка действовал один приемный покой.

Памятные книжки за последующие годы и десятилетия свидетельствуют о том, что содержатели аптек и управляющие часто менялись. Так, в 1888–1896 гг. указаны владелец аптеки в Рогачеве жена акцизного чиновника Людмила Мартыновна Бонч-Богдановская, а арендатором и управляющим провизоры Исаак Вениаминович Варгавтиг и Исаак Бенцелевич Берлянд.

В течение 6 лет (1898–1904 гг.) содержал и управлял аптекой провизор Константин Михайлович Михайлов.

В 1905 г. аптеку выкупил провизор Иван Леопольдович Радович, а вскоре – провизор Петр Петрович Лепарский. Аптека располагалась на углу улиц Почтовой и Быховской (ныне угол Северо-Донецкой и Ленина). В 1914 г. Лепарский продал аптеку Арону Лейзеровичу Минцу, управляющим стала провизор Мирьян Миловна Этингин. Аптека располагалась по ул. Быховской в доме Половицкой. Здание аптеки сгорело в годы первой мировой войны.

В период 1906–1909 гг. была открыта в Рогачеве вторая вольная аптека провизора Наума Борисовича Цукермана, которая в 1910 г. обанкротилась и была закрыта. Через 2-3 года на ул. Быховской в доме М. Майоровой снова появилась вторая аптека, владельцем которой был Гершан Нахманович Левинсон, а управляющим провизор В.С. Левинсон.

В 1888–1914 гг. в городе также функционировали две аптечные лавки. Гораздо меньше изменений в кадровом составе было в Журавичской аптеке. Прежние владелец и управляющий оставались до 1905 г., сельская аптека располагалась на почтовой станции Кристополье. Потом открыл в этом местечке аптеку мещанин, аптекарский помощник Ш.Б. Каган. В 1910 г. передал управление ею аптекарскому помощнику З.О. Пинчевскому, в 1914 г. – З.Б. Довидову, а сам остался ее содержателем.

Рогачевский район был образован в 1929 г. и входил в состав Бобруйского округа до 1938 г., а потом Гомельской области. В Национальном архиве Республики Беларусь имеется отчет аптек, входивших в структуру Белаптекоуправления по состоянию на 01.01.1934, в котором указано о функционировании в Рогачевском районе трех аптек, одна из которых открыта в 20-е годы в местечке Городец, и 3 санитарных ларьков, в том числе одного в Рогачеве.

Во время ВОВ были уничтожены почти все медицинские учреждения и помещения аптек. По мере освобождения территории района от немецко-фашистских захватчиков стали восстанавливаться разрушенные войной объекты, в числе первых были и учреждения здравоохранения.

В декабре 1943 г. заведующей Рогачевской районной аптекой была назначена Надежда Денисовна Дятлова, проработавшая на этой должности 37 лет. До ВОВ она была управляющей аптекой в Бобруйске и осталась работать на оккупированной немцами территории. Надежда Денисовна активно помогала партизанам медикаментами и перевязочными материалами. По доносу вынуждена была с маленьким сыном уйти в 37-й партизанский отряд им. Кирова, так как нависла угроза ареста.

Пока еще был оккупирован Рогачев, под размещение аптеки было предоставлено помещение в маленьком доме в деревне Подбудье. Аптека перемещалась из деревни в деревню (Углы, Городец) за наступающими частями Красной Армии до освобождения Рогачева. В д. Углы аптека обслуживала тяжелобольных из лагеря смерти д. Озаричи. Работники аптеки привозили медикаменты на лошадях из Гомеля.

Аптека в Рогачеве начала функционировать с 25 января 1944 г. Для ее размещения был предоставлен полуразрушенный жилой дом по ул. Ленина. Маленький коллектив аптеки все свободное время и выходные восстанавливал здание аптеки, а потом переоборудовал и приспособил для работы. Не хватало помещений в аптеке. Во дворе вручную аптечными работниками был выкопан погреб и устроен для хранения наружных лекарственных форм, дезинфекционных средств и минеральных вод. Из-за холода в аптеке работали в теплой одежде и валенках. Прослужило здание аптеки 25

лет.

Дальнейшее развитие аптечной сети района, в первую очередь, связано с именем этого талантливой руководителя и замечательного человека – Надежды Денисовны Дятловой.

В 50-е годы в Рогачевском районе уже функционировали 5 сельских аптек, в 60-е – 8. Вначале они размещались в приспособленных помещениях, частных домах. Надежда Денисовна, не жалея собственного здоровья и личного времени, проводила огромную работу по ремонту их, строительству новых зданий, обеспечивала аптеки оборудованием.

В декабре 1967 г. было начато строительство по типовому проекту нового здания Рогачевской районной аптеки, которое сдано в эксплуатацию через 8 месяцев. В аптеке проделана большая работа по эстетическому оформлению производственных помещений и прилегающего к зданию аптеки участка. Основой оформления торгового зала являлось декоративное панно «Доктор Айболит», написанное местными художниками В.И. Паладенко и Н.И. Ковальским. Другое панно украшало конференц-зал, на нем была отражена история фармации со времен Гиппократ, Парацельса, Авиценны. Лестницы, торговый зал, производственные помещения аптеки украшали пальмы, редкие растения, даже плодоносил инжир.

В торговом зале размещался фонтан со змеей из керамики с каплей яда, украшенный цветными камнями с подсветкой. Это был единственный фонтан в районном центре. Пока родители получали лекарства, дети с удовольствием рассматривали панно, любовались чашей со змеей, смотрели и читали выложенные на детские столики книги.

В сентябре 1969 г. на базе районной аптеки проходило республиканское совещание фармацевтических работников. Аптеку посещали делегации других городов и республик Советского Союза, гости многих стран.

Некоторые записи, оставленные посетителями в книге отзывов аптеки №17 г. Рогачев.

«Мы, геологи и физики Академии наук БССР и Ленинградского университета, работающие в совместной экспедиции на берегах Днепра, считаем своим приятным долгом выразить свое искреннее восхищение аптекой, ее оборудованием и ассортиментом лекарств и особенно ее замечательным коллективом, который мы сердечно благодарим за великолепное, безукоризненное, образцовое обслуживание клиентов, 1970 г.».

«...Поражает любовь коллектива к своему делу, к своему детищу – ибо без любви это невозможно. Так искусно, вдохновенно оформить интерьер помещения! Надо быть большими энтузиастами своего дела, чтобы с таким изяществом, с таким вкусом в основном своими руками сделал дружный коллектив этой аптеки. Хочется от всей души сказать большое спасибо работникам этой аптеки за изюминку г. Рогачева...Слушатели первого цикла усовершенствования провизоров Белорусского института усовершенствования врачей. 20 ноября 1971 г.».

Книга отзывов Рогачевской аптеки №17 сейчас находится в Рогачевском краеведческом музее.

Рогачевская центральная аптека была в числе первых аптек в республике учреждена школой передового опыта. Коллектив аптеки награжден Юбилейной грамотой Министерства здравоохранения СССР и ЦК профсоюза медицинских работников, серебряной медалью Выставки Достижений Народного Хозяйства СССР. Аптеке было присвоено звание «Учреждение высокой культуры».

В высоких результатах работы была большая заслуга руководства районной аптеки и в целом всего коллектива аптечной сети района, представлявшего большую сплоченную семью. В числе их заведующие сельскими аптеками Апенько С.М. (с. Озераны), Гальская П.В. (с. Журавичи), Руденкова А.К. (с. Дворец), Прохоренко Т.И. (с. Городец), Курносова Т.Н. (с. Довск), Логойко Т.Д. (с. Ильич), Фролова Г.И. (с. Кистени). Многих уже нет в живых, но их добрые дела продолжают Говядькова О.Н., Цирюльников Л.П., Ратуцкая Н.Д., Астаськова Л.Ф., Павлюченко Г.М. и др. Это необычно трудолюбивые отзывчивые люди и компетентные специалисты. Свою благодарность им жители выражали в письмах в районную газету «Коммунар», позже название «Свободное

слово».

Фармацевтических работников аптек приглашали на встречу с учениками школ, гимназий, где они рассказывали о своей работе в аптеке, тем самым давая возможность определиться с выбором профессии. Этому способствовали и экскурсии в центральную районную аптеку.

В советский период на аптеки возлагалась большая ответственность по заготовке лекарственного растительного сырья, по ЦРА №17 план ежегодно составлял около 2,5 тонн. С целью его выполнения ЦРА проводила разнообразную работу, в том числе организовывала при всех аптеках в сельской местности огороды по выращиванию лекарственных растений (валерианы, ромашки, календулы и др.).

Специалисты аптечной сети в тесном контакте работали с врачами лечебно-профилактических учреждений района. В 1985 г. кабинет фармацевтической информации из ЦРА был переведен в помещение районной больницы, где стал настоящим центром совместной работы медицинских и фармацевтических работников. На протяжении 10 лет кабинет информации возглавляла Т.А. Усова, ее дочь Светлана сейчас работает на должности заместителя заведующего ЦРА №17.

Многие дети других фармацевтических работников района пошли по стопам своих родителей: Осиповой Л.Т., Приходько С.А., Саницкой А.Н., Бондаренко Н.Ф., Якушенко В.П., Колковой Т.И.

В ЦРА №17 создана «комната-музей», коллекция которого отражает становление и развитие аптечного дела в районе.

В 90-е годы в организационную структуру центральной районной аптеки входило 15 аптек, не считая аптечных пунктов первой категории и аптечных киосков.

В настоящее время на территории Рогачевского района функционируют 23 аптеки, в том числе 8 негосударственной формы собственности.

АПТЕЧНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ НА СТОЛИНЩИНЕ В КОНЦЕ XIX – начале XX столетий

Сосонкина ВФ., Циунчик Н.С., Веренич С.П.

УК «Столинский районный краеведческий музей»

На основании документов исторического архива Республики Беларусь известно, что первая аптека на Столинщине была открыта в местечке Давид-Городок в 1881г., входившего тогда в состав Мозырского уезда Минской губернии.

Появилась она более чем на два столетия позже аптек в Пинске, Бресте, Мозыре, Турове, но раньше аптек в Лунинце (1884г.), Столине (1885г.), Кожан-Городке (1894г.), Плотнице, на станции Ганцевичи-Новая Ельня (1912г.) и других городах и местечках Белорусского Полесья.

Управлял аптекой в Давид-Городке провизор, он же являлся и ее владельцем. К сожалению, в архивных документах неразборчиво указана фамилия первого хозяина аптеки. Уже тогда систематически проводился осмотр функционирующих аптек. В частности, первая ревизия аптеки была в апреле 1882г. По сделанным проверяющими записям в протоколе осмотра аптеки, можно представить, как она выглядела. В аптеке была рецептурная и материальная комнаты с небольшим запасом медикаментов, маленькая лаборатория, где изготавливались лекарства, а также подвал. Аптека относилась к категории «нормальная».

По действующему на то время аптечному законодательству такая аптека должна была иметь необходимый набор помещений для изготовления и анализа лекарств, хранения их и других аптекарских предметов и т.д. Управляющий обязан быть с высшим фармацевтическим образованием.

Потом содержателем и арендатором аптеки стал купец второй гильдии В.Г. Айзенберг, а управляющим – провизор М.И. Юхильсон. Аптека находилась в доме местной мещанки. По сравнению с другими нормальными аптеками, находящимся в мес-

течках Минской губернии, объем работы ее был средним. Например, в течение 1889 г. аптекой отпущено лекарств по 2040 рецептам на сумму 816 руб., ручная продажа составила 532 руб.

5 января 1890 г. Айзенберг продал аптеку за 300 руб. серебром провизору В.С. Маляновичу.

В апреле 1890г. от пожара сгорело все местечко Давид-Городок, в том числе и арендуемое Маляновичем помещение аптеки. Он успел взять только аптечные книжки. Новая аптека была устроена в другом здании спустя 3-4 месяца.

При новом хозяине в значительной мере улучшились показатели работы аптеки, о чем свидетельствуют следующие цифры. За 1892 г. в аптеку Маляновича поступило 2105 рецептов и общая выручка аптеки составила 1571 руб., аптека Фридмана в м. Туров 1597 и 1168, соответственно, аптека Цихановича в Столине 1481 и 961, аптека Кацнельсона в м. Лоев 1361 и 731, аптека Крыницкого в Мозыре 1313 и 607, аптека Стенцеля в Лунинце 551 и 384 и т.д.

Провизор Малянович содержал и одновременно управлял аптекой в Давид-Городке около 10 лет. В аптеке помимо него были и служащие – аптекарский помощник и периодически проходившие фармацевтическую практику аптекарские ученики.

До покупки аптеки в м. Давид-Городок он прошел полный фармацевтический путь – аптекарский ученик, аптекарский помощник и провизор (это звание получил в Московском университете в 1888г.). До прибытия в м. Давид-Городок занимался фармацевтической деятельностью в Польше и Москве.

Численность населения местечка постоянно росла, в 1895г. проживало 6377, в 1897г. – 7385 жителей. Кроме аптеки действовала и аптечная лавка.

В тот период, как в большинстве аптек Белорусского Полесья, наблюдалась довольно частая сменяемость владельца и управляющего аптекой. Например, в течение 1901 – 1913гг. владельцем и управляющим аптекой в Давид-Городке были провизоры: С. Старожинский, С. Крынский, В. Райский, И. Ивашкевич.

В 1914г. содержателем аптеки в Д-Городке стал аптекарский помощник Михель Мордович Дуберштейн, а управляющим – провизор Гетта-Ройзе Изр. Румшишская.

Большая текучесть фармацевтов наблюдалась и в сельской аптеке в местечке Столин, входившего в состав Пинского уезда Минской губернии.

Первое упоминание об устройстве аптеки в Столине встречается в документах Национального исторического архива за 1884г. Изъявил желание ее открыть аптекарский помощник Харлип, но вскоре отказался и сообщил об этом во врачебное отделение Минского губернского правления. На 12-ти верстном расстоянии от местечка Столин не было ни одной аптеки. В самом местечке действовал один лишь фельдшерский пункт.

Только через год 11 сентября 1885г. в этом местечке была открыта первая сельская аптека провизором И.М. Гильде.

Вскоре он продал ее провизору З. Зарецкому, а в середине 1890г. снова появился новый владелец и управляющий провизор А.А. Вольский, до этого он управлял Бобруйской аптекой наследников Янковского. В местечке Столин тогда проживало 1634 жителей.

В 1896г. выкупил аптеку в Столине провизор В.К. Кнобельсдорф, содержал и управлял ею более 5 лет, а затем 4 года - провизор Пинхус Кивович Билькис.

Почти такой же период владел Столинской сельской аптекой провизор Лейба Меерович Бобовик, а управлял аптекарский помощник Давид Абрамович Дубицкий, который в 1910г. стал ее хозяином.

В начале XX в. на Столинщине помимо аптек действовали 3 аптекарские магазины: в Давид-Городке – купца Льва Вольфова Юдовича, в Столине – мещан Г.Л. Черника и Х.Н. Волинского.

Аптекарский магазин Черника находился на торговой площади в доме Нахмана Переплетчика на нижнем этаже дома, а Волинского – на Давид-Городецкой улице в доме Ш. Муйхейко.

Также функционировали 4 заведения прохладительных вод (газовых и фруктовых), одно из которых мещанина А.Ю. Янкелевича находилось в Давид-Городке.

Систематически эти учреждения, как аптеки и аптекарские магазины, осматри-

вались врачом-инспектором врачебного отделения Минского губернского правления.

В сентябре 1915 г. в Д-Городке, Лунинце и Столине, размещались тылы 3-й армии Западного фронта, в том числе и временные госпитали, крупнейший из них находился в Д-Городке. Предполагается, что аптеки и аптекарские магазины в Давид-Городке и Столине в тот период также функционировали.

В начале первой декады октября 1920 г. польские войска заняли территорию современного Столинского района.

Документы государственного архива Брестской области свидетельствуют о том, что в «польский период» в местечке Давид-Городок действовала больница, несколько врачебных участков и фельдшерских пунктов, частная аптека Мальвы Дуберштейн, а с конца 1924 г. провизора Г. Каплинского, а также магазин по продаже аптечных предметов (аптечный склад) Ю. Юдовича.

В межвоенный период Столинская аптека перешла из категории «сельская» в категорию «нормальная». Владельцами аптеки были Давид Дубицкий, а потом его наследники, а управляющим Антон Мисаевич. В 1926 г. работал в аптеке и один аптекарский ученик. По-прежнему в Столине действовали два аптечных склада (магазина) Черника и Волинского.

Поскольку были определенные трудности с лекарственными средствами заводского производства, аптеками Столинщины активно проводился сбор дикорастущих лекарственных растений с последующей реализацией в виде лекарственного растительного сырья. Так, в 1928 г. было заготовлено 54 наименований, в том числе корень аира и одуванчика, листья трилистника и малины и т.д.

Аптеки приобретали лекарственные средства и субстанции на оптовом аптечном складе «Космед» в Пинске. Необходимые аптечные принадлежности заказывались напрямую в Варшаве в представительстве чешской фабрики Alfons Mann. Фабрика специализировалась на изготовлении не только столовых, но медицинских и аптечных предметов (автоклавы, биксы, весы ручные и рычажные, разновес аптечный, воронки, капельницы, спиртовки и др. лабораторная посуда и приборы).

По сведениям Столинского районного краеведческого музея, в конце 30-х годов по ул. Пинской в Столине располагалась аптека Колодного. Возможно, что аптеку у наследников Дубицкого приобрел Колодный.

После ВОВ бывшее здание аптеки Колодного располагалось в центре Столина по ул. Ленина рядом с административным зданием райкома партии и райисполкома. Это было небольшое аккуратное двухэтажное здание. Использовалось здание по-разному. В 1955г. в нем была открыта первая экспозиция Столинского районного краеведческого музея. После переноса экспозиции в другое здание в парке «Миньковичи» (1970-е годы) в высвобожденном старом здании располагались различные службы (художественные мастерские, архитектурно-планировочное бюро и др.). В 1991 г. здание было передано организационно-методическому центру отдела культуры райисполкома (2-й этаж), а на первом – был открыт постоянно действующий выставочный зал с названием Дом Полесской культуры. В связи с реконструкцией и значительным расширением центральной площади Столина к первому республиканскому фестивалю-ярмарке тружеников села «Дожинки», организационно-методический центр был переведен в другое место, а это старое здание в апреле-мае 2008 г. было снесено.

Аптечный склад Черника в «польский период» занимал длинное одноэтажное здание, которое находилось на Базарной (Рыночной) площади Столина. Площадь считалась центром уездного (поветового) города. В послевоенное время здание бывшего аптечного склада использовал райпотребсоюз (Столинское горпо) в качестве продовольственного магазина, а позже книжного магазина. С 1 июля 2007 г. это здание арендует «Паритет банк».

В памятной книжке Минской губернии на 1914 год в составе Пинского уезда впервые значится сельская аптека мещанки Годы Нотовой Черняк в местечке Плотница, а управляющий аптекарский помощник Самуил-Эльян Гиршевич Левин. Аптека была открыта в 1912 г. Действовала она до первой мировой войны и возобновила свою деятельность только спустя 34 года – в 1946 г.

В соответствии с постановлением ЦК КБ(б)Б «Об областях и областных центрах

Западной Беларуси» от 19 ноября 1939 г. Д-Городок, Столин и др. населенные пункты нынешнего района вошли в состав Пинской области.

О деятельности аптечных учреждений в годы ВОВ неизвестно.

ИЗ ИСТОРИИ АПТЕЧНОГО ДЕЛА НА ТЕРРИТОРИИ КАМЕНЕЦКОГО РАЙОНА БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ

Сосонкина В.Ф., Шидловская Т.И.

Брестское РУП «Фармация»

В разные исторические периоды территория современного Каменецкого района входила в состав Туровского княжества, Великого Княжества Литовского, Речи Посполитой, Российской империи, Польши, Белорусской Советской Социалистической Республики.

Первая аптека на территории нынешнего Каменецкого района Брестской области появилась в Высоко-Литовске во времена Речи Посполитой. В 1785 князь Александр Сапега построил здесь монастырь бонифраторов и при нем шпиталь (больницу), при котором была небольшая аптека.

Вольная аптека в Высоко-Литовске открыта в 1821 г., когда земли нынешнего Каменецкого района входили в состав России. Врачебная управа Гродненского губернского правления дала разрешение на ее устройство в связи с закрытием аптеки при монастыре. В тот период царским правительством монахи-бонифраторы были отстранены от управления шпиталем и управление передано в мирские руки.

В литературных источниках и документах государственных архивов за 70-80-е годы XIX в. упоминается аптека в Высоко-Литовске наследника провизора Старжинского. Это дает основание предположить, что содержателем первой вольной аптеки был провизор Старжинский.

Аптека относилась к категории «нормальная» (современная терминология – первая категория, производственная). Она имела полный набор помещений для изготовления и хранения лекарств, здесь проходили фармацевтическую практику аптекарские ученики и (или) аптекарские помощники.

В 1882 г. аптекой наследника провизора Старжинского управлял провизор Афельт, позже провизоры Прагерт, Высокинский, Тыминский.

1888 г. выкупила аптеку мещанка Кочальская. Некоторое время арендатором и управляющим аптекой Кочальской был провизор Грущинский, а затем – Поволанский, Рудковский и около 15 лет – провизор Иван Стонкус.

Аптека Кочальской находилась в кирпичном здании на ул. Почтовой (теперь ул. Кирова). При аптеке был огород лекарственных растений на берегу реки Пульва. Здание аптеки не сохранилось.

В то время в Высоко-Литовске функционировали 2 больницы, в том числе частная на 20 коек, построенная на средства графини Потоцкой. Проживало в местечке около 3 тыс. жителей.

Первая аптека в местечке Каменец-Литовске была открыта в 1862 г. провизором Маевским. Она также являлась «нормальной».

Как и во многих других аптеках губернии часто менялись владельцы и управляющие. В частности, в 80-90-е годы – содержатель провизор Собшинский, управляющий вначале Точилковский, а потом Ольшевский. Вскоре жена провизора стала владельцем аптеки, а Собшинский – управляющим. После смерти провизора в конце 90-х годов купила аптеку мещанка Куксевич, а управлять стал Ольшанский. В начале XX в. аптеку выкупила снова вдова Собшинская, арендаторами и управляющими были провизоры Скаржинский и Махерский. В 1906 г. содержателем аптеки стала Козловская, в течение 8 лет (1906 – 1914 гг.) трижды менялись арендаторы и управляющие провизоры: Прылинский, Рихтер, Стефанский.

Численность населения местечка в 1896 г. составляла 4661 человек, в 1906 г. –

3223, в 1909 г. – 5085, в 1915 г. – 4282 жителей.

Страшную разруху оставила на территории района первая мировая война и последовавшие за ней военные действия. На протяжении 1914 – 1921 гг. были полностью или частично сожжены почти все населенные пункты. Большинство жителей вынуждены были покинуть родные места, и податься вглубь России, оставив все нажитое. После возвращения беженцам приходилось все начинать с нуля. Никакой помощи от государства не было, так как в то время в условиях Рижского мирного договора от 21 марта 1921 г. западно-белорусские земли вошли в состав Польши, правительство страны не обращало внимания на тяжелое положение беженцев. В таких непростых условиях восстанавливалась работа и аптечных учреждений.

В 1921 г. в Высоко-Литовске уже функционировала аптека М. Геллерштейн, управлял ею помощник провизора Н. Зильберберг (в конце 20-х годов аптеку выкупил провизор Владислав Монюшко) и магазин аптекарских предметов (аптечный склад) М. Гринвальда.

В этот же период в Каменец-Литовске появилась аптека провизора Яна Оссовского и магазин аптекарских предметов Ж. Мерчика.

В 1926 г. Петром Оссовским (отцом провизора) был построен новый дом, в котором располагалась и аптека. Это было одноэтажное здание с мансардой. Главный вход сопровождали 4 массивные колонны, которые поддерживали балкон мансарды. В доме также находились жилые помещения владельца аптеки.

В 30-е годы XX в. в Высоко-Литовске кроме аптеки Монюшко работали 3 аптекарских магазина: М. Гринвальда, М. Геллерштейн и Г. Эпельбаумана, в Каменец-Литовске – аптека Оссовского и 3 аптекарских магазина местных торговцев: Ф. Мерецкой (ул. Брестская, дом 16), В. Розеншайна (ул. Белостоцкая, сейчас ул. Пограничная) и С. Волендера.

В 1939 г. после присоединения территории Каменецкого района к Белорусской ССР и национализации аптечных учреждений Ян Оссовский стал работать рецептаром в аптеке. Но вскоре был арестован НКВД (реабилитирован 9 июня 1989 г.). О дальнейшей его судьбе и провизора Монюшко неизвестно.

Во время оккупации (1941-1944 гг.) в доме Яна Оссовского в Каменец-Литовске располагалась жандармерия, после ВОВ – райком партии, милиция, учреждение культуры, а в настоящее время – магазин СПК «Беловежский». Это здание относится к памятникам архитектуры.

После ВОВ в доме, где размещался аптечный склад Розеншайна, в разные периоды находились: амбулатория, райисполком, сейчас – редакция местной газеты «Навіны Камянеччыны». На противоположной стороне этой улицы в бывшем жилом доме с 1944 по 1973 гг. располагалась центральная районная аптека №16 (пока не построили новое здание). Сейчас в нем находится аптека №150, входящая в состав ЦРА №16.

Аптека в г. Высокое возобновила свою работу в 1944г., размещалась она по-прежнему по ул. Кирова в бывшем жилом доме. Поскольку помещения аптеки не отвечали необходимым требованиям, в 1963 г. она была переведена в новое здание по ул. Пушкина.

В последующие годы и десятилетия были открыты аптеки в других населенных пунктах района: Дмитриовичи (1946 г.), Верховичи (1946 г.), Волчин (1947 г.), Пелище (1949 г.), поселок Беловежский (1986 г.), Каменюки (2008 г.).

В настоящее время на территории Каменецкого района функционируют 12 аптек, в том числе одна негосударственной формы собственности в г. Каменец.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСТОРИИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА КАФЕДРЫ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ БГМУ

Стельмах И.А., Гайдук В.С., Артишевский А.А., Мельников И.А.,
Студеникина Т.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Значительное место в деятельности кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии с момента ее основания и по настоящее время занимает организация работы научного студенческого кружка (СНК), созданного в 1925 году, через 2 года после образования кафедры гистологии Белорусского государственного университета.

В 1924 году первым постоянным заведующим кафедрой гистологии избран профессор Петр Аристархович Мавродиادي. В это время гистологию преподавали, несмотря на организационные трудности и отсутствие микроскопов, студентам 1 – 3 курсов. В 1925 году кафедра была переименована в гистологический институт медицинского факультета БГУ, на 1-м курсе которого обучалось 111, а на 2-м – 225 студентов. Тогда же впервые был организован СНК, на заседаниях которого студенты выступали с реферативными докладами и под руководством П.А.Мавродиادي писали тезисы к практическим занятиям, которые ввиду отсутствия учебников были главными учебными пособиями для студентов. В 1932 году профессор П.А.Мавродиادي переехал на работу в г. Махачкала и с 1932 по 1934 годы кафедру гистологии по совместительству возглавлял профессор С.И.Лебедин, заведующий кафедрой нормальной анатомии БГУ. Под его руководством начали научные исследования ассистенты-гистологи П.Я.Герке, Е.М.Зубкович, Е.Г.Станкевич, которые уделяли много внимания активизации работы СНК.

В 1935 году заведующим кафедрой гистологии стал П.Я.Герке – ученик П.А.Мавродиادي и С.И.Лебедин. Еще в студенческие годы он участвовал в организации и работе СНК кафедры, занимался вопросами эмбриологии. В 1925 году выступил на II съезде анатомов, гистологов и эмбриологов со студенческим докладом. В дальнейшем он был зачислен в аспирантуру и защитил диссертацию. В годы работы П.Я.Герке заведующим кафедрой успешно функционировал студенческий научный кружок; студенты готовили не только реферативные сообщения, но и выполняли научные исследования под руководством сотрудников кафедры.

Однако творческая деятельность кафедры была прервана Великой Отечественной войной. В 1944 году началось восстановление полностью разрушенной кафедры. В тяжелых условиях налаживалась педагогическая, научная работа и возрождалась деятельность СНК. В 1951 году П.Я.Герке избирается академиком АН Латвийской ССР и переезжает в г. Ригу.

В 1952 году на должность заведующего кафедрой гистологии МГМИ был избран профессор Станчо Миленкович Миленков. С приходом С.М.Миленкова на практических занятиях вместо демонстрации препаратов по изучаемой теме каждый студент получил микроскоп и набор препаратов. Микроскопы закупил институт, а учебные препараты начала готовить лаборатория кафедры. Изменилась и работа СНК. Профессор С.М.Миленков лично руководил работой кружка, проводя основную организаторскую работу. Студенты-кружковцы стали привлекаться к изготовлению учебных препаратов и наглядных пособий. Вместе с профессором они проводили забор, фиксацию и обработку материала, совершенствовали методы окраски срезов. Вечерами лаборатория кафедры была полна студентов, работавших порой до полуночи. Обычно студенты записывались в кружок во втором семестре, за два-три месяца до экзамена. Перед зимней сессией заседания кружка превращались в массовые консультации, длящиеся по 3 часа и более. Осенью 1960 года СНК кафедры гистологии насчитывал более 150 студентов.

В 60-е годы кафедра приобрела авторитет у студентов. В аспирантуру пришли А.А.Артишевский, А.В.Пищинский, Е.И.Большова, А.И.Сыкало. Каждый аспирант про-

водил эксперименты на животных, привлекая к этой работе студентов. Особенно активно в этот период работали студенты В.Марикуца, А.Шарлай, И.Карелина, Ю.Чеканович, А.Войтович, Е.Богушевич и другие.

В 70-е годы работа СНК (научные руководители: в 1971-1973 гг. асс. А.В. Пищинский, с 1974 г. доц. А.Г. Лайков) заметно активизировалась. В 1971-1975 гг. в кружке занималось свыше 20 студентов различных курсов и факультетов; в руководстве научными студенческими работами участвовали все преподаватели.

Наряду с регулярно проводившимися заседаниями кружка, на которых заслушивались сообщения студентов, и их участием в институтских и межинститутских студенческих конференциях, значительный интерес представляла такая форма работы, как проведение кафедрой (организатор и руководитель ассист. А.И. Сыкало) четырёх тематических симпозиумов по проблеме "Гистофизиология системы иммунитета", на которых было заслушано 32 доклада. Симпозиумы привлекли внимание не только студентов, но и преподавателей ряда смежных кафедр института.

За период с 1971 по 1975 гг. на Республиканские смотры было представлено 35 студенческих работ, 28 из них отнесены к 1 категории, что свидетельствовало о высоком научном и методическом уровне их выполнения. Кафедра практиковала совместные публикации результатов работ студентов с научными руководителями; за указанные пять лет опубликовано 10 таких работ. Ряд студенческих работ был опубликован в материалах Всесоюзных и республиканских съездов и конференций (Б.В.Лысый, М.М. Петрова, Е.К. Присевок, И.П. Титова, Т.И. Островская).

Высокую оценку получили работы наших студентов, представленные на Всесоюзные смотры. Так, работы студентов Б.В. Лысого, Е.К. Присевок, И.П. Титовой отмечены Дипломами ЦК ВЛКСМ и Минвуза СССР "За лучшую студенческую работу", а руководитель этих работ асс. А.И. Сыкало - соответствующими дипломами. В 1976 г. работа студентки Е.Г. Богушевич, посвящённая морфологии макрофагов лимфоидной ткани у животных-опухоленосителей, была отмечена Премией и Медалью АМН СССР.

Результаты работы СНК кафедры свидетельствовали о том, что при должном внимании к этому важному разделу работы можно достичь весьма значительных результатов. Об этом, в частности, свидетельствовал опыт ассистента А.И. Сыкало, показавший, что творчески работающий в научном плане преподаватель неизбежно сплачивает вокруг себя группу активных студентов и способен достичь самых высоких результатов.

В 1976-1980 гг. кафедра имела богатый опыт организации работы СНК и определённые достижения, о чём свидетельствовали занимавшиеся кафедрой в 1976, 1977 гг. 2-3 места по институту. За указанный отчётный период на республиканские смотры студенческих научных работ было представлено 45 работ, 32 из них оценены по 1 категории. 6 работ были представлены на Всесоюзные смотры, работы студентки Т.В. Барановской и студента О.В. Колессы награждены медалями МинВУЗа СССР и ЦК ВЛКСМ, студентки Е.Г. Богушевич – медалью АМН СССР, студента Н.В. Кручинского – Дипломом МинВУЗа СССР и ЦК ВЛКСМ. Результаты работ студентов О.В. Колессы и Н.В. Кручинского были доложены на международных студенческих научных конференциях стран СЭВ и ЧССР, первая из них отмечена Дипломом Победителя международного конкурса, вторая – Специальным Призом Чехословацкого союза студентов.

Однако в организации работы СНК отмечались и недостатки, связанные с уровнем руководства научными студенческими работами, условиями и возможностями проведения этой работы на кафедре. До 1979 г. работой кружка руководил доцент А.Г. Лайков. В 1978-1979 гг. уровень работы кружка снизился из-за ухудшения материальной базы кафедры и условий работы студентов в лаборатории, тяжёлая болезнь руководителя СНК. С начала 80-х годов кафедра располагала всеми возможностями для интенсивной работы кружковцев; новым научным руководителем кружка был назначен способный организатор ассист. А.И. Сыкало. Из числа бывших кружковцев на кафедре работали ассист. В.В. Романов, аспиранты И.А. Мельников, О.В. Колесса. В эти годы можно отметить плодотворную работу ассист. А.И. Сыкало, воспитанники которого получили 4 медали Всесоюзных смотров, активное участие в привлечении студентов доц. А.А. Артишевского, и. о. доц. А.В. Пищинского, постоянное участие в работе кружка ассист. Б.А. Слуки, Н.А. Жариковой, Е.И. Большой.

За период с 1975 по 1980 гг. было проведено 4 студенческих симпозиума по проблеме “Гистофизиология системы иммунитета”, на которых заслушано 17 докладов. Эти симпозиумы привлекли внимание студентов не только 1-2, но и старших курсов.

В 1981-1986 гг. кафедра имела достаточный опыт организации работы СНК (научный руководитель – доцент А.А. Артишевский). За этот период на республиканские смотры научных студенческих работ представлено 30 работ, 17 из них оценены по 1 категории. За 1986-1991 гг. на республиканские смотры было представлено 46 работ (научный руководитель – доцент И.А. Стельмах).

В последующие годы отмечалось снижение интереса студентов к занятиям научно-исследовательской работой, связанное с уменьшением престижности труда научного работника, снизившимся уровнем оплаты труда преподавателей, смещением нравственных приоритетов. Серьёзным препятствием стали невозможность организации на кафедре эффективной научной студенческой лаборатории, отсутствие поставок реактивов, приборов и лабораторного оборудования, перегрузка студентов учебными занятиями, недостаток персонала для организации работы студентов в вечернее время.

В этот период кафедра практиковала разные формы работы со студентами. Одной из них явилось широкое приобщение успевающих студентов к подготовке рефератов по актуальным проблемам морфологии. Реферативные сообщения заслушивались на заседаниях кружка, на лабораторных занятиях, проблемных семинарах, на секционных заседаниях ежегодной Республиканской научной студенческой конференции “Актуальные проблемы современной медицины”. В ходе обсуждения студенты приобретали начальные навыки ведения научной дискуссии. Лучшие доклады выносились на студенческие конференции и симпозиумы, служили основой для будущих научных исследований в рамках работы в СНК. В ходе выполнения этих работ студенты осваивали гистологические и гистохимические методики окраски препаратов, цифровую микросъемку, методы морфометрии и компьютерной обработки данных (статистический, информационный, корреляционный анализ, 3d-реконструкции).

Руководство научной работой студентов – важный стимул научного и педагогического роста преподавателей, повышения их умения привить навыки научного, системного мышления молодым людям, видящим в преподавателе интеллектуального наставника. Обученные кружковцы являются важным резервом подготовки специалистов высшей квалификации.

Работа со студентами в СНК представляет собой оптимальную форму индивидуального подхода к воспитательной работе. Воспитание студентов-кружковцев следует рассматривать как эффективную форму внедрения достижений науки в практику здравоохранения. Преподаватель вуза, аккумулирующий передовой научный опыт и творчески развивающий определённое научное направление, в оптимальной форме передаёт информацию, методические навыки и приемы анализа информации будущему специалисту, который получает уже на студенческой скамье возможность приобщиться к передовым научным идеям нашего времени. Часто именно в студенческих работах проверяются новые методы исследования и ведутся работы поискового характера, входящие затем в научно-методический арсенал кафедры.

ИСТОРИЯ АУТОИММУННОГО ТИРОИДИТА (К 100-летию ВЕЛИКОГО ОТКРЫТИЯ ХАКАРУ ХАСИМОТО)

Строев Ю.И., Чурилов Л.П.

Санкт-Петербургский государственный университет (Россия)

130 лет назад (5 мая 1881 г.) в деревне Мидаи Нишицуге (префектура Миё) родился Хакару Хасимото. Следует отметить, что в русскоязычной литературе и в устной речи эта фамилия пишется и произносится как «Хашимото», но в японском языке чис-

того звука «ш» вообще нет; такому извращению фамилия обязана английскому произношению, поэтому правильное писать и говорить – Хасимото.

Хакару Хасимото был старшим сыном в семье потомственных врачей. Поэтому и он решил посвятить себя медицине, в этом на него значительно повлиял дед – Гэндзи Хасимото – известный врач, изучавший европейскую медицину и получивший право носить меч за врачебное искусство. Хакару поступил в медицинскую школу третьего в Японии Императорского Университета Кюсю в городе Фукуока (1903) и был первым её выпускником (1907). В 1908–1912 гг. он совершенствовал свое медицинское образование на кафедре хирургии под руководством ее основателя – первого японского нейрохирурга Хаяри Миякэ (1867–1945), ученика Яна Микулича-Радецкого (1850–1905) и Юлиуса Карла Скриба (1848–1905). Именно Хаяри Миякэ в 1891 г. оказывал помощь будущему царю Николаю II после нападения на него полицейского, вооруженного саблей. Хаяри Миякэ был европейски образованным ученым и личным другом Альберта Эйнштейна, который с ним переписывался, бывал у него в гостях и впоследствии создал трогательную эпитафию на могиле Хаяри Миякэ и его супруги Михо, погибших во время бомбардировки американцами города Окаяма.

На острове Кюсю был широко распространен зоб, который уже тогда оперировали в Университете Кюсю. Молодой Хакару Хасимото принимал активное участие в гистологических исследованиях препаратов щитовидной железы. Он обратил внимание на то, что у четырех женщин среднего возраста, двое из которых страдали гипотирозом, в образцах тканей щитовидной железы, в отличие от обычных проявлений коллоидного зоба, были локальные скопления лимфоидных клеток, которые в паренхиме щитовидной железы в норме отсутствуют, а формирование лимфоидных фолликулов начиналось с зародышевого центра. Вокруг фолликулов были явные изменения тироцитов с диффузным разрастанием соединительной ткани. Прежде о таких находках не сообщалось. Картина не укладывалась в диагнозы базедовой болезни, хронического тиреоидита Риделя, болезни Микулича или инфекционных поражений щитовидной железы. Хакару Хасимото тщательно зарисовал характерные для данной патологии гигантские эозинофильные клетки и образовавшиеся в железе лимфатические сосуды, и был уверен, что открыл новое заболевание, назвав его «лимфоцитарным зобом» (*struma lymphomatosa*). В то время ему исполнился 31 год.

Для продолжения своих исследований Хакару Хасимото отправился в Германию, в Университет Георга-Августа в Гёттингене, где учился под руководством крупного немецкого патолога, профессора и директора Геттингенского института патологии Эдуарда Кауфмана (1860–1931), написавшего известный и переведенный на несколько языков учебник – «Частная патологическая анатомия». Не удивительно, что Хакару Хасимото впервые опубликовал свои патоморфологические находки в виде статьи в Германии в солидном журнале «Архив клинической хирургии» (1912). В ней он прозорливо указывает на возможное родство новой формы патологии с болезнями фон Базедова и Микулича, при которых отмечают сходную «круглоклеточную инфильтрацию» различных желез. Кстати, много лет спустя все эти формы патологии были признаны аутоиммунными. Хасимото даже заключил, что должен существовать некий внешний фактор, провоцирующий накопление лимфоцитов в щитовидной железе. Именно эта первая и единственная научная работа, состоявшая из 30 страниц и 5 авторских рисунков, обессмертила имя Хакару Хасимото.

В 1914 г. началась первая мировая война, в которой Япония и Германия оказались противниками, что вынудило Хакару Хасимото перебраться в союзную с Японией Великобританию, где в 1916 г. он завершил свое медицинское образование. К тому времени в Японии скончался его отец, и тяжело заболела мать. Хакару Хасимото не суждено было вернуться в Японию до смерти матери. Семья очень нуждалась в материальной поддержке. Старшим мужчиной в роду оставался 35-летний Хакару Хасимото. Поэтому, повинувшись долгу, он по возвращении в Университет Кюсю проводит в нем лишь несколько недель, после чего оставляет блистательно начинавшуюся академическую карьеру и в апреле 1916 г. принимает на себя отцовскую практику в родных местах. Вскоре в городке Игамити он перестроил отцовскую больницу, открыл в родной деревне хирургическое отделение, где стал практиковать семейным врачом. Как врач, совершенствовавшийся за границей, он пользовался особым уважением населения,

называя медицину доброжелательным искусством. Работы было по горло. Он нередко выезжал на далекие расстояния на рикше, чтобы помочь больным, и однажды даже был сбит проезжавшим мимо автомобилем.

В 39 лет Хакару Хасимото женился на учительнице японской литературы Йошико, которая родила ему одну дочь и трех сыновей. Его отличали высокая ответственность, спокойствие, чувство юмора и любовь к традиционному японскому образу жизни. Один из его сыновей профессор гигиены Университета Канадзава Кадзуо Хасимото сообщал, что за все годы его отец лишь дважды слегка повысил голос – один раз, распекая опоздавших к постельным больным сиделок, и второй раз – беседуя с виновником происшествия, которое едва не стоило ему и его рикше жизни.

В возрасте 52-х лет с Хакару Хасимото случилась беда. Он курировал пациента, страдавшего брюшным тифом, заразился от него и скончался дома 9 января 1934 года. Любопытно, что Карл фон Базедов, описав диффузный токсический зоб, но не получив признания при жизни, умер в 1856 г., заразившись при вскрытии... тифозного больного. Хакару Хасимото тоже не получил при жизни научного признания. Этому, по-видимому, способствовали следующие обстоятельства.

Медики Японии, не владевшие в большинстве немецким языком, с его статьёй практически не были знакомы, в то время как в Германии она цитировалась знаменитыми М. Симмондсом (1913) и В.-Г. Хейнеке (1914). Даже британский врач Дж. С. Уильямсон, описавший в своей дипломной работе «лимфаденоидный зоб» (1925), не упоминает работу Хакару Хасимото. Ни он, ни канадский хирург Э.М. Эбертс, процитировавший Хакару Хасимото в своей работе (1929), не разделяли лимфоматозный зоб и тиреоидит Риделя, что задолго до этого сделал Хакару Хасимото (1912). К тому же большинство врачей под впечатлением успехов массовой йодной профилактики эндемического зоба (Дэвид Мэрайн, МакКаррисон и др.) настолько сближали зоб лишь с дефицитом йода, что не уделяли должного внимания иным его причинам. К тому же в англо-американской медицине после первой мировой войны сквозило пренебрежение немецкоязычной литературой.

Но вскоре Аллен Грэхем (штат Огайо), в двух статьях (1931–32 гг.) подтвердил точку зрения Хакару Хасимото и доказал, что лимфоматозный зоб с исходом в фиброз щитовидной железы – не зоб Риделя, а самостоятельная форма патологии, и предложил называть ее «зоб Хасимото». Лишь после этого в статьях и учебниках по хирургии и эндокринологии имя Хакару Хасимото регулярно упоминается в США и в Великобритании.

В 1938 г. на III Международном тиреоидологическом конгрессе в Вашингтоне эксперты посвятили болезни Хасимото специальную сессию и пришли к единому мнению о том, что она была впервые описана именно Хакару Хасимото и должна носить его имя. Тем не менее в Японии, на родине ее первооткрывателя, эпоним «болезнь Хасимото» внедрился значительно позже. Таким образом, лишь спустя многие годы работу Хакару Хасимото оценили по достоинству. Описанное им заболевание стали признавать самостоятельной, но редкой нозологической единицей.

В 1956 году корифеи иммунологии Эдвард Витебский и Ноэль М. Роуз получили экспериментальную модель болезни Хасимото путем иммунизации тироглобулином кроликов и доказали саму возможность развития аутоиммунных болезней вообще. В 1956 г. Айвен Ройтт и Дебора Дониак обнаружили при болезни Хасимото аутоантитела к тироцитам, но лишь в 1962 г. Дебора Дониак предложила считать это заболевание аутоиммунным и привлекла внимание к его громадному распространению, особенно – среди женщин. В дальнейшем в мировой медицинской литературе заболевание, открытое Хакару Хасимото, стали именовать «аутоиммунным тиреоидитом». В литературе аутоиммунный тиреоидит имеет синонимы: лимфоматозный зоб, лимфоидноклеточный тиреоидит, лимфаденозный тиреоидит, хронический неспецифический тиреоидит, аутоаллергический тиреоидит, хронический негнойный тиреоидит, зоб Хасимото, болезнь Хасимото. Описан также вариант хронического тиреоидита с преобладанием фиброза и менее выраженной лимфоидной пролиферацией («фиброзный»). Но по справедливости и по сути патогенеза это заболевание достойно называться «аутоиммунным тиреоидитом Хасимото».

В настоящее время это заболевание – самая распространенная причина гипо-

тироза во всем мире, оставившая далеко позади эндемический зоб. Если в 60-х годах болезнь Хасимото упоминалась в мировой литературе всего 292 раза, а в 90-е – уже 1792, то сегодня такой запрос в PubMed дает 5218 ссылок, из которых 3028 – только за последнее десятилетие! Это объясняется настоящей пандемией болезни Хасимото, одной из причин которой новейшие источники начинают признавать злоупотребление йодсодержащими соединениями. Стоит ли удивляться тому, что Хакару Хасимото совершил свое великое научное открытие именно на острове Кюсю, который является мировым рекордсменом по геологическим запасам йодсодержащих минералов и по потреблению населением острова традиционных и богатых йодом морепродуктов, в частности, морских водорослей. Вот почему обычный японский семейный врач Хакару Хасимото приобрел планетарную известность.

Память о Хакару Хасимото, сделавшем столь важное открытие, свято чтут в Японии. На месте его рождения установлен памятный знак, в Ига Уэно – его бюст, а в городе Фукуока на территории Университета Кюсю сооружен памятник-стела на улице, носящей его имя (Рис. 2). На эмблеме Японской тироидологической ассоциации также изображен первооткрыватель аутоиммунного тиреоидита – Хакару Хасимото.

25 мая отмечают Всемирный День щитовидной железы. В 1912 г. к этой дате приурочен семинар «Достижения в области аутоиммунных заболеваний щитовидной железы», который будет проводиться 24–26 мая на родине Гиппократы – греческом острове Кос. Семинар посвящается 100-летию со дня первого описания аутоиммунного тиреоидита.

Кафедрой патологии СПбГУ налажено плодотворное сотрудничество с патофизиологами Императорского Университета Кюсю. Его итогом явился ряд совместных публикаций по проблеме аутоиммунного тиреоидита Хасимото. В 2009 г. авторы настоящей работы удостоились чести прочитать гостевые лекции студентам Императорского Университета Кюсю и приглашены к участию в конференции, посвященной 100-летию открытия болезни Хасимото, которая будет проходить с 1 по 4 декабря 2012 г. в Alma mater Хакару Хасимото – выдающегося японского врача.

ИСТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ БГМУ В 70-80 гг. XX в.

Студеникина Т.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Одним из направлений научных исследований коллектива кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии, выполнявшихся особенно интенсивно в 70-80-е гг. XX столетия, явилось изучение морских млекопитающих. Объектом изучения послужили зародыши китообразных: дельфин - афалина, кашалот, горбатый кит, сейвал, финвал.

История развития этого цикла исследований несколько необычна. Необычность обусловлена тем, что даже мысль о возможности получения и изучения подобного эмбриологического материала от крупнейших из живущих на Земле млекопитающих, изготовления серий срезов таких крупных зародышей, казалась не только нереальной, но и совершенно фантастической.

Вместе с тем, еще в 30-е годы в Минске профессором С.И. Лебебкиным изучались зародыши дельфинов, полученные им на промысле в Черном море через Севастопольскую биологическую станцию Института биологии Южных морей АН СССР. В дальнейшем С.И. Лебебкин переехал на работу в Зоологический институт в Ленинграде, куда вывез часть коллекции дельфинов. Большая часть коллекции, оставшаяся в Минске, погибла во время Великой Отечественной войны в оккупированном городе. Однако, 8 зародышей дельфина из коллекции С.И. Лебебкина, хранившиеся в фондах Зоологического института АН СССР в г. Ленинграде, в 1972 г. были разысканы в фондах ЗИН и переданы на кафедру гистологии и эмбриологии Минского мединститута Анатолием Сергеевичем Соколовым и послужили материалом для проводившихся ис-

следований.

Новые возможности получения эмбриологического материала возникли по житейскому стечению обстоятельств в 1964 г., когда в г. Калининграде доценту А.С.Леонтьюку довелось побывать в музее Атлант НИРО (Атлантического научно-исследовательского института морского рыбного хозяйства и океанографии Минрыбхоза СССР). Здесь Анатолий Сергеевич обратил внимание на экспонированные довольно крупные зародыши кашалота и сейвала (длиной 30-50 см). Через работников музея Анатолий Сергеевич познакомился с сотрудниками китобойной экспедиции. Научная группа этой экспедиции была снабжена подробными инструкциями по сбору и фиксации зародышей, фиксаторами и посудой. Так началась совместная работа по сбору материалов для исследований эмбриологии китообразных. Она дала определенные результаты - за 5 лет было получено более 50 зародышей китообразных относительно ранних стадий развития.

В результате к 1972 году было изготовлено 56 серий срезов зародышей отряда китообразных (Cetacea):

39 зародышей представителей подотряда зубатых китов (Odontoceti) 8 серий срезов дельфина афалины (*Tursiops truncatus* Montagu), семейства дельфиновых, длиной от 23.5 до 70 мм, окрашенных гематоксилин-эозином и по Нисслию, 31 серия срезов кашалота (*Physeter catodon* Linnaeus), семейства кашалотовых, длиной от 8.5 до 105 мм, окрашенных гематоксилин-эозином и по Бильшовскому-Буке, 17 зародышей представителей семейства полосатиков, подотряда усатых (беззубых) китов (Mystacoceti).

10 серий срезов зародышей горбатого кита (*Megaptera nodosa* Bonnaterre) от 11.5 до 125 мм, окрашенных гематоксилин-эозином и по Бильшовскому-Буке, 4 серии срезов зародышей финвала (*Balaenoptera physalis*) от 48 до 73 мм длины, окрашенных по Бильшовскому-Буке и гематоксилин-эозином; 3 серии зародышей сейвала (*Balaenoptera borealis*) от 11.5 до 95 мм длины, окрашенных по Бильшовскому-Буке и гематоксилин-эозином.

Изучение материалов по эмбриологии китообразных проводилось в нескольких направлениях под руководством заведующего кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии Анатолия Сергеевича Леонтьюка. Прежде всего, выполнялось исследование процессов эмбрионального морфогенеза грудной клетки: скелета (позвонки, ребра, грудина), мышц (межреберные мышцы, диафрагма, мышцы спины и брюшной стенки) и иннервационного аппарата (грудной отдел спинного мозга, спинальные ганглии, межреберные нервы и их разветвления). Это направление нашло свое отражение в докторской диссертации А.С.Леонтьюка «Закономерности морфогенеза грудной клетки и ее иннервации у человека и животных», защита которой состоялась в 1973 г.

Второе направление возникло в связи с уникальностью изучаемого материала. При подробном знакомстве с соответствующей биологической литературой, начиная с начала XX столетия, не обнаружилось систематического и полного описания отдельных эмбрионов китообразных. Возникла идея подготовить такие описания и опубликовать в виде серии статей под общим названием «Материалы к эмбриологии китообразных». Исследования, проводимые в этом направлении, не удалось завершить.

Третье направление исследований связано с необходимостью последовательного описания развития отдельных органов и систем в эмбриогенезе китообразных. Оно оказалось наиболее продуктивным и получило достаточно широкое развитие в исследованиях, выполненных на кафедре гистологии, эмбриологии и цитологии Минского мединститута в 1971-1983 гг. Результаты исследований представлялись на Всесоюзных совещаниях по изучению морских млекопитающих. С 1969 по 1985 г. на этих совещаниях от кафедры было представлено более 100 докладов. В 1975 г. оргкомитетом в итоговой резолюции было отмечено необходимость «...шире развернуть исследования по эмбриологии морских, водных и полуводных млекопитающих на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии МГМИ.». И с весны 1977 г. на кафедре работала хозяйственная проблемная лаборатория по изучению морских млекопитающих, которая впоследствии стала самостоятельным подразделением НИС МГМИ.

Программа системных исследований развития китообразных, выполненных впервые в мире на кафедре гистологии, эмбриологии и цитологии Минского медицинского института, включала ряд этапов: исследование гистологических и гистохимиче-

ских особенностей развития органов и тканей; установление этапов их морфогенеза; определение взаимосвязей регулирующих систем и рабочих органов в эмбриогенезе; выявление параллелей и корреляций в эмбриогенезе, факторов морфогенеза.

Системный подход, выразившийся в отыскании морфо-функциональных параллелей и корреляций в развитии комплекса органов и систем (нервной, эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой, аппарата движения, кожи) в эмбриогенезе китообразных позволил, наряду с установлением сопряженности стадий морфогенеза ряда органов, выделить структурно и функционально обусловленные этапы морфогенеза:

1. Этап тканевой дифференцировки и пространственного обособления основных органов. Зародыши 8,5 - 19 мм длины, возраст 60-75 дней. Процессы роста, размножения и начальные этапы дифференцировки клеток на этом этапе являются выражением не только их неспецифических функций, обеспечивающих трофические потребности и пластическое обеспечение развития, но и характеризуют начало дифференцировки организма. На этом этапе выделяются уровнем дифференцировки нейроны спинальных и черепных ганглиев, что может быть объяснено началом включения нервной системы в процессы интеграции развивающегося организма.

2. Этап органоспецифической дифференцировки. Зародыши 23,6-72 мм длины, возраст до 4-х мес., характеризуется интенсификацией процессов органогенеза, приводящей к обособлению практически всех органных закладок и началом специфических гистогенезов. На этом этапе ускоренным развитием отличаются закладки нервной, сердечно-сосудистой и кроветворной систем, обеспечивающих становление функциональной активности развивающихся органов у зародышей китообразных.

3. Этап становления органный реактивности и межорганных взаимодействий в организме развивающихся зародышей. Зародыши 82-151 мм, возраст 5-6 месяцев. Характеризуется дальнейшим развитием гистогенетических процессов в оформившихся анатомических закладках органов. В результате устанавливаются все более тесные взаимосвязи нервной системы с рабочей периферией на основе формирования морфологической основы ее рефлекторной деятельности, появляются признаки специфической функции ряда органов эндокринной и иммунной систем, свидетельствующие об установлении системных межорганных взаимодействий и способности организма плода отвечать адаптивными реакциями на изменения среды обитания.

4. Этап адаптивной самоорганизации плода. Зародыши 250-370 мм, возраст 7-8 мес. Характеризуется дефинитивными формами строения большинства органов, признаками формирования функционально зрелых регулирующих органов - нервной, эндокринной и иммунной систем - и их участия в адаптивных реакциях плода.

Выделенные этапы эмбриогенеза китообразных демонстрируют процесс неравномерного, взаимосвязанного развития их целостного организма, позволяют наметить переходы между этапами в качестве критических периодов, в течение которых происходит перестройка соотношений между органами, изменение темпов их роста и дифференцировки, включение новых регуляторов онтогенеза, адаптация к условиям существования плода и изменениям в организме матери.

Последующие события, связанные с экономическими, а затем и политическими пертурбациями, существенно нарушили возможности развертывания научных исследований и их представления на всесоюзные форумы для оценки специалистами, действительно заинтересованными в их результатах. Нарушилась система информации, система личностных отношений. В 10-м Всесоюзном совещании, состоявшемся в октябре 1990 г. в г. Светлогорске, кафедра гистологии уже не принимала участия. Вскоре, в декабре 1991 г. распался Союз ССР и кафедра на долгие годы оказалась оторванной от коллег, начали теряться материальные и моральные стимулы к исследованию видов, не проживающих на территории республики, и поэтому как бы не актуальных для изучения. В связи с финансовыми трудностями была закрыта проблемная лаборатория. Перспективное направление научных исследований остановилось.

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ В ИСТОРИИ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ НАУК

Сурмач М.Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В 2011-2012 учебном году УО «Белорусский государственный университет» включил в учебный план для специальности «Социология» дисциплину «Социология медицины и здравоохранения». Этот факт можно рассматривать как закономерный в развитии социологии медицины в современном историческом периоде, точкой отсчёта которого является 2000 г., когда в России, а затем и в Беларуси специальность 14.00.52 Социология медицины была введена в Номенклатуру специальностей научных работников, с возможностью присуждения учёной степени в отраслях социологические и/или медицинские науки.

Социология медицины – это отрасль социологии, которая изучает широкий спектр проблем, связанных с ролью здравоохранения и медицины в современном обществе, объединяющая исследования, направленные на изучение социальных явлений и фактов, социальных проблем и закономерностей, всего комплекса социальных процессов и социальных отношений, характеризующих особенности сферы медицинского обслуживания и охраны здоровья людей. Это отрасль медицинской науки, изучающая медицину как социальный институт и подсистему общества, анализирующая состояние общественного здоровья и организации медицинской помощи в зависимости от социально-экономических факторов, рассматривающая социальные аспекты здоровья и заболеваний, исследующая интересы, потребности, ожидания и поведение индивидуумов и социальных групп в отношении здоровья, болезни, организации и управления здравоохранением, в постоянном взаимодействии последнего с другими структурными элементами социума.

Если проследить историческое развитие социологии медицины, чётко прослеживается её происхождение из двух общественных наук - социологии и общественного здоровья и здравоохранения. Потому закономерным является факт, что предмет изучения социологии медицины - социальные процессы, связанные со здоровьем и болезнью, медициной и здравоохранением.

Первое упоминание о дисциплине, давшей начало возникновению социальной гигиены, относится к XVI–XVII векам. Работы У.Петти и Дж. Грауна впервые показали возможную взаимосвязь социальных процессов с демографическими. VIII век принёс миру работы И.Франка, в которых обоснованно утверждалось, что богатство страны – в многочисленном здоровом населении. Таким образом, впервые общественное здоровье было рассмотрено как важнейший потенциал общества и государства, впервые также было обосновано наличие социальных факторов здоровья и заболеваний. В 1840-х гг. в Германии выходят две работы: R.Virchow «Сообщения об эпидемии тифа в Верхней Силезии» и S.Neumann «Общественная забота о здоровье и собственности», которые не оставили сомнений в социальной природе науки о медицине. Чуть позже (1848) во Франции J.Guerin издаёт труд под названием «Социальная медицина», чем вводит чёткое понятие социальной медицины и определяет её предмет. Впоследствии M.Foucault писал, что корни социологии медицины – в социальной медицине XIX века.

Одной из предпосылок формирования социологии медицины стал проведенный К.Марксом анализ постановлений об охране здоровья и воспитании в Англии, принятых в рамках фабричного законодательства («Фабричный акт 1864 года» и последующие). Особое внимание уделялось охране здоровья работающих детей, женщин, работников тяжёлого труда, состоянию техники безопасности. Важную роль в становлении социологии медицины сыграл труд Ф.Энгельса «Положение рабочего класса в Англии» (1845) и первый том «Капитала» К.Маркса (1867), где было показано, что возникновение заболеваний является следствием эксплуатации рабочего класса в капиталистическом обществе.

Накопление информационной базы, составляющей научное поле социальной гигиены и социологии медицины, привело к закономерной их институционализации:

центрами формирования науки становятся университеты. В конце 1880-х в Сорбонне открывается первая кафедра социологии, которую возглавляет Э.Дюркгейм, и социология быстро становится систематически преподаваемой дисциплиной для Франции, Германии (Г.Зиммель), Австрии (Э.Шеффле, Л.Гумплович), Бельгии (Г.деГрееф), других Европейских стран и Америки. Закономерным фактом можно считать то, что Германия отличалась не только высоким уровнем развития фундаментальной социологии (К.Маркс, Г.Зиммель, Ф.Тённис, М.Вебер), но и передовым развитием системы здравоохранения. Германия стала «колыбелью» классической университетской социальной гигиены. Уже в 1870-х гг. правительство этой страны под давлением рабочего движения было вынуждено пойти на реформы, и установить социальное страхование. В 1903 г. в Берлине начал издаваться журнал по социальной гигиене (его издание было организовано А.Гоцjan), в 1905 г. А.Гоцjan создано первое научное общество по социальной гигиене и медицинской статистике. В 1912 г. в Берлинском университете А.Гоцjan возглавил доцентский курс, в 1920 г. он же возглавил первую кафедру по социальной гигиене. Почти одновременно кафедры были созданы и в других странах – под руководством А.Фишера, Ф.Принцинг, Э.Ресле и других учёных.

Формирование социологии медицины как самостоятельного предмета и её отделение от социальной гигиены приходится на период от начала XX в. до Первой мировой войны. Большое значение для развития этой отрасли знания имели двухтомный сборник «Очерки по медицинской социологии» Е.Blackwell (1902), а также книги А.Гоцjan «Медицинская социология» (1910) и «Социальная патология» (1912). В последней монографии автор обосновал актуальные до настоящего времени принципы изучения социальных аспектов заболеваемости: исследованы основные группы заболеваний с точки зрения их социальной обусловленности, законов распространения, социальных последствий и путей социального противодействия. «Социальная патология» по праву считается первым учебником по социальной медицине. Формальной датой возникновения социологии медицины (точнее – медицинской социологии), как указывает А.В. Решетников, на Западе принято считать 1923 г., когда в Великобритании появилась фундаментальная работа Н.Sigerist. Дальнейшее развитие и становление социологии медицины связано с именами В.Stern - работа «Социальные факторы в прогрессе медицины», и L.Henderson - работа «Врач и больной как медико-социальная система» (1935).

Россия и Беларусь в рассматриваемый исторический период отставали от Западной Европы в развитии социологии и здравоохранения. Тем не менее, методы и теории социологии нашли применение в отечественной медицине ещё в начале XX в. В 1908 г. по личному разрешению Николая II в Петербурге был открыт частный Психоневрологический институт, где с 1909 по 1911 гг. профессор Де Роберти организовал социологический семинар. В 1911 г. здесь была учреждена кафедра социологии. В 1917 г. была введена учёная степень по социологии, открылись кафедры социологии в Петроградском и Ярославском университетах. В 1920 г. в Петроградском государственном университете открывается первый в России факультет общественных наук с кафедрой социологии во главе с П.А.Сорокиным. В 1922 г. в I-м Московском университете под руководством Н.А.Семашко организуется кафедра социальной гигиены с клиникой профессиональных заболеваний. Кафедра социальной гигиены появилась и на медицинском факультете БГУ в 1923 г. (Б.Френкель). Многие научные работы, выполненные сотрудниками кафедры социальной гигиены БГУ в 1920-е гг., являлись медико-социологическими исследованиями.

В послереволюционные и особенно предвоенные годы в России и Беларуси, в отличие от США и Западной Европы, развитие социологии медицины замедлилось. Переломным моментом был 1922 г., когда В.И.Ленин поставил вопрос о коммунистическом контроле программ и содержания курсов по общественным наукам. В конце 1922 г. во всех центральных университетах России закрылись кафедры общей социологии. Материалы по истории БГУ 1930-х гг. не содержат даже косвенного упоминания о присутствии социологии. С середины 1930-х и до середины 1950-х гг. в БССР медико-социологические исследования фактически не проводились, а накопленный научный материал оказался в закрытых фондах библиотек и архивов. Наряду с успешным развитием социологии медицины за рубежом, в СССР, вплоть до 1960-х гг. наблюдались

неблагоприятные тенденции. Даже социальная гигиена и организация здравоохранения в СССР трансформировалась в науку организационно-управленческую, утратив социальный компонент. Страна нуждалась в разработке новых, эффективных для военного времени форм медицинского обслуживания. Произошло смещение направлений научных исследований со сферы общественного здоровья и профилактики к сфере организации медицинской помощи. Кафедры социальной гигиены были переименованы в кафедры «Организации здравоохранения».

За рубежом социология медицины и здравоохранения успешно развивалась и с середины двадцатого века окончательно выделилась в самостоятельную отрасль научного знания. Большое значение в этом имела работа профессора К.Уинтера «Социология для врачей», в которой К.Уинтер обосновывает тезис о тесной связи социологии медицины и социальной гигиены, и о том, что первая является логическим продолжением второй. Помимо врачей, проводивших исследования в данной области, в разработку проблем социологии медицины включились и профессиональные социологи, преимущественно в США, Великобритании и Германии. Определился предмет социологии медицины, была обоснована потребность в социологическом образовании медиков.

Когда советское общество вернулось к мирной жизни, начала сказываться нехватка научных знаний о здоровье населения и решении медико-социальных проблем. В 1956 г. советская делегация впервые участвовала в работе III Всемирного социологического конгресса в Амстердаме. Вернувшись в Москву, участники Конгресса начинают предпринимать шаги по созданию Советской социологической ассоциации (ССА), которая была основана в 1958 г. В 1959 г. в работе IV Всемирного социологического конгресса «Общество и социология» (Милан), принимали участие специалисты в области эмпирической социологии – причём именно россиянин, академик Н.И.Гращенков, представивший доклад «Здоровье и социальное благополучие», возглавил впервые организованную секцию социологии медицины.

Официальное возрождение социальной гигиены произошло почти одновременно с признанием так называемой конкретной социологии – в России, а затем и в Беларуси. В 1966 г. наблюдается резкая переориентация исследований ССА с пропаганды достижений социализма и распространения работ советских социологов за рубежом на решение внутренних проблем и налаживание региональных социологических центров. Появляется спектр конкретных исследований: социальной структуры, социальных проблем труда и управления, градостроительства, демографии, семьи, быта, нерабочего времени, атеизма и религии, права, проблем общественной психологии, молодёжи и проч. В 1966 г. кафедрам организации здравоохранения и преподаваемому предмету возвращено название «Социальная гигиена и организация здравоохранения».

Возрождение дисциплины в отечественной науке пришлось на начало 2000-х годов. Большой вклад в развитие социологического осмысления медицины в России и странах постсоветского пространства, становления социологии медицины как университетской и научной дисциплины, отрасли социологического и медицинского знания принадлежит академику РАМН, доктору медицинских наук, доктору социологических наук, профессору А.В. Решетникову. Он возглавил первую кафедру, начавшую подготовку специалистов по социологии медицины в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, явился автором фундаментального руководства «Социология медицины» (2002), учебника «Социология медицины» для практикующих врачей, студентов и ординаторов медицинских вузов (2006), а также главным редактором журнала «Социология медицины» (издаётся с 2002 г.). Закономерно, что возрождение и развитие социологии медицины в России и Беларуси сопровождалось и поворотом социальной гигиены и организации здравоохранения к социальным проблемам здоровья и медицины, что отразилось в изменении названия дисциплины на «Общественное здоровье и здравоохранение».

ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ МИНСКОГО ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Терехов В.И., Дрейчук О.А., Харченко А.С., Семенюк О.П.

УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко» г. Минск

Минский городской центр радионуклидной диагностики ведет свою историю с 1969 года прошлого столетия, с небольшого кабинета в урологическом отделении 4-й городской клинической больницы г. Минска и прошел путь от кабинета изотопного исследования до городского центра радионуклидной диагностики, ведущего медицинского подразделения Министерства здравоохранения Республики Беларусь, которое использует энергию мирного атома в лечебно-диагностическом процессе, и сегодня когда здравоохранению Беларуси исполняется 93 года, центр отмечает свое 43-летие.

1969 год – 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. 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. 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.

1970 г. – кабинет преобразуется приказом Минздрава БССР в радиоизотопную лабораторию, первый заведующий Касперович В.И., который занимал этот пост до 1977 года. Осваиваются и внедряются 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, которое специализировалось на обследовании уронефрологической патологии детского возраста в Республике Беларусь.

1977 – 1984 гг., заведующий радиоизотопной лабораторией Линдер М.Р. 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.

1984 – 2004 гг. – лабораторией руководит Харченко А.С.

1985 г. – приобретена гамма-камера. Внедряются методики скинтиграфии почек, печени и желчного пузыря, селезенки, легких, щитовидной железы, костей. Сотрудники лаборатории активно принимают 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 Гапановича В.Я. (Кафедра ЛОР болезней МГМИ) разработаны в 70-80 годы прошлого века и внедрены методики исследования функционального состояния слизистой полости носа радиоизотопным методом.

2004 г. – заведующим лабораторией становится Терехов В.И.

2005 г. – радиоизотопная лаборатория преобразуется в отделение радионуклидной диагностики. ОРД становится и является центром по повышению квалификации в ядерной медицине в стране. В отделении проходят первичное обучение радионуклидной диагностике врачи и средний медицинский персонал, который в настоящее время работает в радионуклидных отделениях страны. Свой опыт и свои знания, полученные на протяжении 35 лет работы с источниками ионизирующего излучения, передает молодому поколению медицинских сестер старшая медицинская сестра Малашкевич Ж.Д.

Радионуклидные исследования функционального состояния органов и систем

проводятся пациентам 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 и многих других медицинских учреждений Республики Беларусь. По сути дела отделение становится консультативно-диагностическим центром для страны.

2011 г. – отделение радионуклидной диагностики учреждения здравоохранения «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко» становится Минским городским центром радионуклидной диагностики.

МГЦРД и сегодня активно продолжает принимать участие в научно-исследовательской, учебной, методической и рационализаторской работе, разработке нормативно-правовой документации касающейся радионуклидной диагностики в Республике Беларусь. Врачи центра активно участвуют в научных конференциях, форумах, конгрессах проходящих в нашей стране, СНГ и в мире. Авторы многих печатных и методических работ по радионуклидной диагностики. Единственных в стране монографий по радионуклидным методам исследования в уронефрологии и кардиологии. Внедряя в клиническую практику однофотонную эмиссионную компьютерную томографию, открывают новые возможности в изучении функционального состояния легких, головного мозга, почек, печени, эндокринной и костной систем. Опыт применения в центре ОФЭКТ открыл возможности изучения метаболических процессов в сердце на системном, органном, клеточном и субклеточном уровнях в норме и при различных патологических состояниях. Позволил развить новое направление в радионуклидной диагностике для нашей страны – это ядерная кардиология, с большими возможностями для творчества в диагностировании сердечнососудистых заболеваний.

В разное время в кабинете, лаборатории, отделении и 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.

Городской центр радионуклидной диагностики 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, Брокеренко Ирина Николаевна, Дроздова Лариса Анатольевна, Губич Галина Францевна, Забельская Данута Эдмундовна, Мазур Лариса Владимировна.

Должную чистоту и уют в помещениях центра 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, Бацеко Алла Ефимовна, Поляк Фаина Николаевна.

Сотрудников Минского городского центра радионуклидной диагностики 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 консультативно-диагностический процесс не только г. Минска, но и в целом Республики Беларусь.

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ РАДИАЦИОННОЙ ГИГИЕНЫ В БЕЛАРУСИ

Тернов В.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Радиационная гигиена как самостоятельный раздел общей гигиены оформился к концу 50-х годов прошлого столетия.

Радиационная гигиена изучает условия, виды и последствия воздействия ионизирующих излучений на человека и на этой основе разрабатывает мероприятия, направленные на охрану здоровья.

В Республике Беларусь радиационная гигиена как научное и практическое направление стало оформляться с 1958 года, когда в системе Государственной санитарно-эпидемиологической службы стали создаваться специальные подразделения – радиологические группы.

Исторической вехой начала работы санэпидслужбы по разделу «Радиационная гигиена» следует считать положения приказа по Министерству здравоохранения СССР №41 от января 1958 года, а также вскоре изданные «Инструктивно-методические указания по работе санитарно-эпидемиологических станций в области радиационной гигиены» (утверждены зам. главного государственного санитарного инспектора СССР 30 марта 1960 года, №322-60).

К 1960 году в республике радиологические группы были созданы во всех областных СЭС, а также в Минской городской СЭС. Большинство радиологических отделений было представлено группами 3 категории (Витебская, Гродненская, Брестская и Минская областная СЭС), в Могилевской областной СЭС была создана группа 2-й категории, а в Гомельской областной и Минской городской СЭС соответственно 1-й категории и внекатегорийная.

Основными задачами СЭС в области радиационной гигиены были:

- введение предупредительного и текущего санитарного надзора за предприятиями и учреждениями, работающим с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений;
- разработка предложений и контроль за проведением мероприятий по предупреждению загрязнения радиоактивными веществами внешней среды (вода, воздух, почва, продукты питания).

В числе первых руководителями радиологических групп стали опытные врачи-гигиенисты, прошедшие курсы специализации и усовершенствования в Центральном институте усовершенствования врачей (г. Москва). Среди них: Рушкевич П.А. (г. Минск), Рыскина В.С. (г. Гомель), Мельников А.П. (г. Могилев), Кабищер Е.И. (г. Витебск), Таран В.В. (г. Гродно), Лужинский А.В. (г. Брест) и др.

Следует отметить, что все организационно-методическое обеспечение работы радиологических групп было возложено на Белорусский научно-исследовательский санитарно-гигиенический институт, в структуре которого с 1958 года функционировал отдел радиационной гигиены, возглавляемый первым специалистом по радиационной гигиене, опытным практиком и научным работником Селезневым А.Ф. В этом же подразделении с первых дней начала свою трудовую деятельность и радиохимик Гурская Н.В., которая по праву считается одним из первых специалистов такого профиля в Республике.

В последующие годы для решения научных и практических задач в области радиационной гигиены плодотворно трудились как специалисты Белорусского научно-исследовательского санитарно-гигиенического института (Тернов В.И., Гурская Н.В., Овсянкин И.В., Молчанова М.Я., Шевченко И.Н., Рыбалова С.К., Чуйко М.П., Багель И.М., Курганский В.Н., Полюшиц Р.Г., Каплунова Т.А., Балакирева С.И. и др.), так и работники практической сети, начиная с сотрудников Министерства здравоохранения БССР (Виноградов М.А.), Республиканской СЭС (Кондратьев А.Г., Сушевич Л.Н., Махотина Л.Ф., Кардаш А.Ф., Асташко Г.А.) и кончая специалистами СЭС (Прохорчик А.Г., Валетко И.И., Зинкович В.Н., Дубова Л.Д. и многие др.).

До 1986 года службой радиационной гигиены республики проведен большой объем работы, в целом направленной на ограничение воздействия радиационного фактора на различные категории облучаемых лиц (персонал, пациенты, население в целом). Под строгий надзор были взяты все объекты, использующие источники ионизирующих излучений, налажен строгий учет за движением источников, отлажены системы паспортизации объектов, утилизация радиоактивных отходов, диспансеризации персонала. В этот же период заработала в полном объеме система радиационного мониторинга объектов окружающей среды, загрязненных в результате радиоактивных выпадений (стронций-90, цезий-137, йод-131) глобального (бомбового) происхождения. Знаменательно, что эта работа проводилась в рамках общесоюзной научно-практической программы, основные организационные и методические аспекты которой были изложены в документе «Методические указания по контролю за радиоактивностью внешней среды» (утверждены Минздравом СССР в декабре 1963 года №451-63).

К итогам работы этого периода можно отнести то, что в республике перестали диагностироваться «свежие» случаи хронических лучевых поражений, а состояние здоровья персонала, по материалам многолетнего наблюдения, не отличалось от такового у лиц адекватной контрольной группы (Тернов В.И., Канторович Л.Л., Шевченко И.Л., Чуйко М.П., Багель И.М. и др.). Мониторинг за присутствием в окружающей среде стронция-90 и цезия-137 глобального происхождения показал, что количество этих радионуклидов в окружающей среде после прекращения испытаний атомного оружия в атмосфере (1962 г.) стало неуклонно снижаться и не потребовало проведения каких-либо мер радиационной защиты населения. Одновременно, такой мониторинг, проводимый радиологическими группами СЭС совместно с отделом радиационной гигиены Белорусского научно-исследовательского санитарно-гигиенического института и Институтом Биофизики Минздрава СССР (Марей А.Н., Бархударов Р.М., Петухова Э.Б.), позволил установить, что на территории Беларуси имеются районы, где коэффициенты перехода цезия-137 (и в меньшей степени стронция-90) из почвы в вышележащие звенья миграции существенно выше, чем в среднем по республике. Такие регионы расположены, в основном, в зоне белорусского Полесья, и связано это явление с широким представительством здесь песчаных, супесчаных и торфоболотных почвенных разностей, относительно слабо фиксирующих цезий-137. Эти знания сыграли свою роль в последующем.

Особый этап функционирования системы радиационной гигиены в структуре санэпидслужбы связан с участием ее в минимизации последствий аварии на ЧАЭС, когда необходимо было направить основные силы и средства на санитарно-лабораторный контроль за содержанием «аварийных» радионуклидов в среде обитания населения, оказавшегося в районе радиоактивного загрязнения. Благодаря предшествующему этапу работы радиологических групп, они были готовы к такому контролю. Сложности возникали лишь в силу беспрецедентно возросшего объема контроля. Однако и эта задача была решена путем создания подразделений санитарно-дозиметрического контроля практически на всех загрязненных территориях. При этом радиологические группы областных ЦГиЭ практически стали учебно-методическими центрами проведения такой работы. Кроме того, для усиления научного и организационно-методического сопровождения проводимого контроля в республике (г. Минск) создается научно-исследовательский институт радиационной медицины с филиалом г. Гомеле, в структуре которого начинают функционировать лаборатории радиационной гигиены и дозиметрии (Кенигсберг Я.Э., Буглова Е.Е., Миненко В.В., Скрыбин А.М., Погосин Р.И., Шевчук В.В., Власова Н.Г. и др.). В настоящее время на базе этих учреждений создан и функционирует в г. Гомеле научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека. В итоге, благодаря усилиям многих организаций, в том числе и подразделений радиационной гигиены ЦГиЭ, была, в основном, достигнута главная цель - предотвращено развитие у населения радиационных (детерминированных) поражений и максимально снижена вероятность развития отдаленных (стохастических) эффектов.

Работа специалистов по радиационной гигиене, принимавших участие в минимизации последствий аварии на ЧАЭС, отмечена и поощрена на разных уровнях, в том числе и правительственными наградами (Кондратьев А.Г., Зинович В.Н.).

Радиационно-гигиенические последствия аварии на ЧАЭС уходят в прошлое, поскольку радиационная обстановка на загрязненных территориях неуклонно улучшается и по своим параметрам приближается к доаварийному состоянию. И в этих условиях происходит определенная реорганизация и радиологических подразделений ЦГиЭ. Учитывая закономерно сокращающийся объем радиационного контроля, идет оптимизация его путем упразднения подразделений такого контроля в отдельных ЦГиЭ и оставление их в зональных, городских и областных ЦГиЭ. Одновременно все больший удельный вес в работе радиологических подразделений занимает надзор за облучением населения от других источников радиации (источники природного происхождения, медицинские радиационные технологии и др.), а так же и профессиональных. Группы возглавляют опытные врачи-гигиенисты, способные решать сложные задачи. Среди них: Буткевич В.В., Махотина Н.Ф., Ольшевский И.А., Буздалкина А.М., Размахнин А.Г., Сущевич Л.Н., Липницкий Л.В. и многие др.

В настоящее время в республике создана и функционирует целостная система радиационной безопасности, куда помимо подразделений ЦГиЭ входят и структуры других организаций и ведомств. С 1991 года в стране при Совете Министров функционирует Национальная комиссия по радиационной защите, которая определена как государственный экспертный орган. В разные периоды возглавляли эту комиссию В.И.Тернов (1991-1992; 1995-2002 г.г.), В.А.Матюхин (1992-1995 гг.). Сегодня эту комиссию возглавляет Я.Э.Кенигсберг. Знаменательно недавнее создание в Республиканском научно-практическом центре нового подразделения – лаборатории радиационной безопасности.

Исторический путь становления в Республике Беларусь радиационной гигиены позволяет надеяться, что данное направление деятельности санитарно-эпидемиологической службы будет развиваться и совершенствоваться, внося вклад в общие усилия всей системы радиационной безопасности по обеспечению должной степени защищенности человека от воздействия различных источников ионизирующих излучений.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БЕЛАРУСИ В КОНЦЕ XVIII – ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКОВ

Тищенко Е.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

События истории и истории медицины, проходившие на рубеже веков, многообразны и характерны, поэтому научно и общественно интересны и значимы. В связи с чем мы на основе анализа архивных и опубликованных исторических материалов представили преобразования медико-санитарного дела в Беларуси в конце XVIII – первой половине XIX веков.

В результате трех разделов Польши (1772, 1793, 1795) территория Белоруссии, на которой проживало около 3 млн человек, вошла в состав Российской империи. Согласно вводимому административно-территориальному делению, были образованы Витебская, Гродненская, Минская и Могилевская губернии, имевшие по несколько уездов. Существенные преобразования произошли в медико-санитарном деле, а именно: учреждение местной медицинской администрации и возникновение государственной медицины.

Впервые были образованы местные органы управления здравоохранением. По российскому образцу вводятся должности уездных врачей, повивальных бабок (1775), образуются губернские врачебные управы (1797). Основные задачи уездных врачей состояли в «обслуживании больных всякого сословия без требования за свой труд воздаяний; немедленном прекращении опасных и повальных болезней; внимательном изыскании причин, приведших к появлению опасных заболеваний» [1]. В 1802 г. начала работу Гродненская врачебная управа в составе врачебного инспектора И. Вирiona,

оператора Е. Обера, акушера Крейзеля. Постепенно во всех 8 уездах Гродненской губернии были укомплектованы штаты уездных врачей, старшего и младшего лекарских учеников, повивальных бабок. Отрадно констатировать, что первыми Гродненским уездным врачом (К. Тиффенбах) и губернским врачебным инспектором являлись доктора медицины [7, 10].

По российскому образцу на территории Белоруссии были учреждены Приказы общественного призрения (Могилев, 1781; Минск, 1796; Витебск, 1802; Гродно, 1802). Приказы общественного призрения, представляя новую организационную форму – государственную медицину, стали первыми государственными учреждениями в Белоруссии, на которые возлагались задачи открытия и содержания больниц, аптек, приютов. При образовании приказ получил из государственной казны капитал, который ежегодно должен был пополнять за счет благотворительных пожертвований и самостоятельной финансовой деятельности, в том числе и взимания платы за лечение. Гродненский приказ общественного призрения, являясь третьим по значимости (после губернского правления, казенной палаты) губернским учреждением, имел состав: председатель – губернатор, члены-представители от различных сословий (дворянства, мещан, крестьян), а также первоначальный фонд около 3 тыс. рублей. Он должен был содержать больницу (на 30 коек), воспитательный дом (на 90 детей) и аптеку [10, 14].

Приказы общественного призрения открыли больницы во всех губернских городах (Минск, 1799; Могилев, 1802; Гродно, 1802; Витебск, 1804). Особенностью Гродненской губернии является факт преобразования (1838) больницы Приказа общественного призрения в окружную лечебницу, как историческую предшественницу областной больницы. Первоначально число коек составляло 60 [6, 9].

Впервые в системе государственной, а не церковной медицины организуется помощь душевнобольным. Открываются психиатрические отделения в Витебске (1843) на 6, в Могилеве (1846) – 20 коек [15].

Врачи своей практической и научной деятельностью обусловили оригинальность медицины Белоруссии. Так, в первой половине XIX века еще при отсутствии профильных отделений были предложены уникальные способы хирургического лечения. В начале 1812 г. инспектор и оператор Минской врачебной управы К.И. Гибенталь применил гипс при лечении переломов костей, а затем, работая в Витебске (1830), предложил инструмент для безопасного дробления камней внутри мочевого пузыря. Врач К.И. Грум в Могилеве (1823) произвел первую в России операцию высокого сечения мочевого пузыря, использовал оригинальные методики хирургического лечения паховой грыжи. 8 марта 1847 г. врач О.Е. Бартошевич в Витебске (впервые на территории Белоруссии) выполнил операцию под эфирным наркозом [3, 4, 14].

В конце 1820-х годов вслед за губернскими центрами больницы приказов общественного призрения открываются в уездных городах, тем самым закладываются государственные основы сельской медицины. Так, к 1832 г. во всех уездах Гродненской губернии действовали небольшие (на 15-20 коек) больницы, которые располагались в наемных помещениях и имели аптеку [2, 6]. Благодаря усердию врачей, объем оказываемой в них помощи нередко соответствовал губернскому уровню [11, 18].

В 1830-е годы вводится содержание врачей и больниц за счет крупных помещичьих и государственных имений, а также фельдшеров на средства ведомства государственных имуществ и «мирских сборов» (волостная медицина) [11].

Несомненно, можно считать, что с приказами общественного призрения в Белоруссии связано начало государственного лекарственного обеспечения больниц и открытие государственных аптек. Кроме того, распространение российского аптекарского законодательства (1789, 1836) обусловило государственный контроль и регламентацию аптечного дела, что предъявляло высокие требования к открытию и работе вольных аптек. Их статус повышался, приобретая научность, а число росло и превалировало над казенными аптеками. Так, в Гродненской губернии в 1824 г. было 11 вольных аптек.

Приказы общественного призрения также сыграли основную роль в зарождении государственного попечительства о детях. Ими были открыты и содержались первые в Белоруссии воспитательные дома (Могилев, 1802; Гродно, 1804; Витебск, 1808) [8, 9].

В начале XIX века открываются первые постоянные военные госпитали в северо-западном крае (Минск, 1805; Витебск, Гродно, Могилев, 1808; Бобруйск, 1810; Брест, 1816). В период Отечественной войны (1812) вновь разворачиваются временные военные госпитали, причем, на значительное число коек [5, 12, 13]. К 1820-м годам действовали госпитали для инвалидов войны, а затем часть из них была передана больницам приказов общественного призрения, в которых воинские чины могли получать медицинскую помощь за счет военного ведомства [11]. В 1828 г. в Минске (тогда же и в других городах) вновь открывается постоянный военный госпиталь на 150 коек [13]. Как отрадный момент, следует отметить, что в военных госпиталях медицинская помощь оказывалась не только военным служащим, но и гражданскому населению.

Разнообразные по числу и характеру (по вероисповеданию, национальности, полу, возрасту, профессии, состоянию здоровья – беременные, раненые больные, инвалиды по зрению и слуху) больницы и приюты организовывались на основе светской, общественной и церковной благотворительности. Одной из первых таких (1811) являлась больница Минского благотворительного общества [11].

В XIX веке еврейские общины за свои средства открывают и содержат больницы (Гродно, 1802; Минск, 1819; Могилев, 1846). К концу XIX века евреи составляли до половины населения (особенно Гродненской и Минской губерний), имели, несмотря на ограничения на обучение, большую долю среди медицинского состава, в связи с чем еврейские больницы приобретают второе после больниц приказов общественного призрения значение. Еврейское население организовывало за свои средства и другие лечебные учреждения (приюты, детские колонии, амбулатории, аптеки), которые при необходимости оказывали помощь без учета национальности [16, 17].

В XIX веке подготовка врачей на территории Белоруссии не осуществлялась. В Белоруссии работали врачи, закончившие медицинские факультеты Виленского, Варшавского, Дерптского, Киевского, Московского, Харьковского университетов, Петербургскую медико-хирургическую академию. Необходимо особо выделить медицинский факультет (1781-1832) Виленского университета, Виленскую медико-хирургическую академию (1832-1842), Петербургскую медико-хирургическую академию, в которых, прежде всего, в связи с закреплением, обучались уроженцы Белоруссии. Многочисленные исторические материалы свидетельствуют, что уроженцы Белоруссии не только получали медицинское образование в учебных и научных центрах России и Европы, но внесли должный вклад в становление и развитие этих учреждений.

Таким образом, характеристика здравоохранения Белоруссии в конце XVIII - первой половине XIX веков весьма поучительна и заслуживает дальнейшего рассмотрения и изучения.

Литература

1. Национальный исторический архив Республики Беларусь, в Гродно, ф. 9, оп. 1., д. 97, л. 4,6.
2. Вальчук Э. А. К истории открытия больниц приказа общественного призрения в уездных городах Гродненской губернии // Вопросы истории медицины и здравоохранения БССР: Тезисы докладов IV научной конференции. – Ч. 2. – Минск, 1984. – С. 123-124.
3. Грицкевич В. П. С факелом Гипократа: Из истории белорусской медицины. – Минск: Наука и техника, 1987. – 271 с.
4. Дихтяр С. Р. Материалы из истории медицинской организации Белоруссии. – Минск, 1927. – 154 с.
5. Елейникова В. С., Крылова З. К. Военные госпитали на территории Белоруссии // I съезд социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения и историков медицины Республики Беларусь: Тезисы докладов. – Минск, 1993. – С. 95-97.
6. Змачинская Н. Ф., Светлович Т. Г., Мороз И. Н. и др. Из истории развития стационарной помощи в Беларуси // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 1998. - № 5. – С. 13-18.
7. Игнатович Ф. И. Доктор медицины И.И. Вирион – первый врачебный инспектор Гродненской губернии // Дзеячы аховы здароўя і медыцынскай навукі Беларусі і Літвы на пераломе XVIII – XIX стагоддзяў: Матэрыялы навукова-практычнай

- канферэнцыі. – Гродна – Белавічы, 1992. – С. 77-79.
8. Крылова З. К. К истории педиатрической помощи в Белоруссии в конце XVIII – начале XX в. // Вопросы истории медицины и здравоохранения: Материалы третьей научной историко-медицинской конференции Белорусской ССР. – Минск, 1968. – С. 227-229.
 9. Крючок Г. Р. Здравоохранение в Белоруссии от начала воссоединения ее с Россией до Отечественной войны (1772-1812) // Сборник научных работ Минского медицинского института. – Минск, 1960. – Т. 24. – С. 15-27.
 10. Крючок Г. Р. Основные черты развития здравоохранения Белоруссии от воссоединения ее с Россией в конце XVIII века до Великого Октября // Вопросы истории медицины и здравоохранения БССР: Тезисы докладов научной конференции. – Минск, 1960. – С. 25-30.
 11. Крючок Г. Р. Очерки истории медицины Белоруссии. – Минск: Беларусь, 1976. – 264 с.
 12. Кульпанович О. А., Пантук И. В., Балышева М. Н. Состояние медицинской помощи в русской армии на территории Белоруссии в Отечественную войну 1812 г. // Здравоохранение Белоруссии. – 1992. - № 12. – С. 63-66.
 13. Мизяк А. Н. Минскому окружному военному госпиталю – 180 лет // Здравоохранение Белоруссии. – 1985. - № 8. – С. 13-15.
 14. Мирский М. Б. Медицина России XVI- XIX веков. – М.: Российская политическая энциклопедия, 1996. – 400 с.
 15. Русакович А. М. К истории развития Могилевской областной больницы // Здравоохранение Белоруссии. – 1968. - № 12. – С. 54-59.
 16. Савко Е. А. Здравоохранение г. Гродно начала XIX века // Здравоохранение Белоруссии. – 1989. - № 10. – С. 76-77.
 17. Семенова М. Н. К истории здравоохранения города Минска в дореволюционное время // Вопросы истории медицины и здравоохранения БССР: Тезисы докладов научной конференции. – Минск, 1960. – С. 38 – 41.
 18. Стельмашенок И. М. Очерки развития хирургии в Белоруссии. – Минск: Беларусь, 1973. – 175 с.

ЛЕЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ В ЗАПАДНОЙ БЕЛОРУССИИ В МЕЖВОЕННЫЙ ПЕРИОД (1921-1939)

Тищенко Е.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Во второй половине 1920-х годов в Западной Белоруссии, входившей в состав Польши (Слоним, 1926; Вилейка, Глубокое, 1929) открываются новые учреждения амбулаторного типа – центры здоровья. Согласно уставу, их задачами являлись: организация, координация и проведение мероприятий по сохранению и улучшению общественного здоровья, в том числе предупреждение и выявление социальных болезней, опека с элементами диспансеризации над некоторыми группами населения (беременные, матери, дети), оказание лечебной помощи. Центры здоровья в основном содержались местными органами власти и государством (например, в 1930 г. в Новогрудском воеводстве на них израсходовано 73,5% средств из местного и 22,7% - государственного бюджета). Нередко один центр здоровья финансировался из различных источников. Так, в 1930 г. Лидский поветовый центр здоровья получил 25,6% средств из страховой кассы, 22,6% - гмин, 20,8% - магистрата, 16,1% - государственного бюджета, 14,9% - сеймика.

В 1930-е годы число центров здоровья значительно возросло (например, в Полесском воеводстве в 1933 г. их было 4, а в 1938 г. – 27). Центры здоровья работали по территориальному принципу (на 8-15 тыс. населения с радиусом 10-15 км). Руководил центром здоровья участковый врач. Число врачей и медсестер в среднем соответствовало количеству структурных подразделений. Вместе с тем, в 1938 г. в Полесском

воеводстве половина центров здоровья и врачебных участков была не укомплектована врачами. Большинство центров здоровья состояло из трех подразделений, а именно - противотрахоматозной, противотуберкулезной, противовенерической амбулатории. Так, в 1933 г. в Виленском воеводстве 85,5% всех консультаций центров здоровья сделано по поводу трахомы, 5,5% - туберкулеза, 3,1% - венерических заболеваний. Обычно под амбулаторию отводился один кабинет арендованного помещения. Центры здоровья имели незначительное оснащение (микроскоп, весы, кварцевые лампы). К тому же, даже в образцовых (например, Брестский городской, 1936) центрах здоровья амбулатории проводили прием лишь единичное число часов в день или неделю. Таким образом, в реальных условиях работа центров здоровья была существенно ограничена.

В Западной Белоруссии первичная помощь оказывалась в амбулаториях при больницах, самостоятельных амбулаториях, центрах здоровья. Так, в течение 1923-1926 гг. в амбулатории при городской больнице в Гродно помощь получили взрослые и дети по поводу 9 групп заболеваний, а число обратившихся возросло в 6,5 раз. К концу 1920-х годов большинство амбулаторий носило общий характер (87%), финансировалось из местного и государственного бюджета (57%), размещалось в арендованных зданиях (71%), не имело водопровод или канализацию (86%). Только при 11,4% действовали аптеки, 1,9% - лаборатории, в 5,7% использовались кварцевые лампы. В 1934 г. В Белостокском воеводстве действовало 28 самостоятельных амбулаторий, из них 5 не осуществляли посещения на дому. Следует констатировать наличие единичного числа стоматологических поликлиник (например, в 1936 г. в Белостокском воеводстве - 2). Местные отделы общества Красного Креста организовали первые станции скорой помощи (Белосток, 1936; Гродно, 1937), донорские пункты (Гродно, 1937).

В Западной Белоруссии действовали разные по форме собственности больницы (государственные, в том числе железнодорожная в Бресте (1921); местных самоуправлений - городские, поветовые, сеймиковые; общественные - общества охраны здоровья евреев, общества Красного Креста; частные). Функционировали единичные больницы смешанной формы собственности (например, Барановичская межкоммунальная больница (1932) содержалась поветовой управой и городской гминой).

Со второй половины 1920-х годов возрастает удельный вес коек, финансируемых местными самоуправлениями.

Кроме того, стабилизируется или даже снижается общее количество коек (например, в Полесском воеводстве в 1928 г. их было 1032, а в 1938 г. - 892). В 1938 г. показатель обеспеченности населения койками по Полесскому (6,8 на 10 тыс.) и Новогрудскому (5,4 на 10 тыс.) оставался самым низким в Польше. Сохранялась и общая профилизация коек (так, в 1938 г. в Полесском воеводстве было 28,5% терапевтических, 27,6% - хирургических, 16,8% акушерско-гинекологических, 11,6% инфекционных, 6,7% - туберкулезных, 4,3% венерических, 4,5% - прочих коек).

В основном функционировали небольшие по мощности больницы (например, в 1934 г. в Новогрудском воеводстве только 7 из 17 больниц были рассчитаны на 50 и более коек). В среднем в них работали 1-2 врача и 2-3 медсестры. В 1937 г. в Новогрудском воеводстве только 2 больницы размещались в каменных зданиях, 1 имела центральный обогрев, 5 - рентгеновский аппарат, в 1 проводились патологоанатомические секции.

Для улучшения состояния и деятельности больниц, превращения их в центры культуры и медицины организовано (1929) Польское больничное общество. В его состав в 1937 г. в Новогрудском воеводстве входило 6 больниц, а в 3 были образованы библиотеки. Большинство больниц имело устав или регламент.

Необходимо отметить и такие факты: в 1938 г. завершалось строительство хирургического корпуса в Барановичах, инфекционных - в Лиде и Столбцах; в ряде больниц в 1930-е годы количество лапаротомий возросло в 1,5 раза, а летальность снизилась в 1,3 раза.

В соответствии с распоряжением от 28 марта 1928 г. в общественных больницах вводился принцип самоокупаемости, в том числе за счет взимания оплаты стоимости лечения от больных. Притом, что оплату лечения государственных служащих производило государство. Так, с 1 января 1929 г. в городской больнице Бреста была установлена оплата за койко-день 7 злотых для местных жителей и 8,5 злотых для ино-

родних. Однако уже к 1934 г. такса снизилась до 4-5 злотых. Размер тарифов за стационарное лечение устанавливался в пределах себестоимости. Тарифы утверждали местные органы власти, которые и обеспечивали их оплату. Они были переменными и зависели от вида помощи. Так, в 1930-е годы хирургический и акушерско-гинекологический койко-день стоил в Полесском воеводстве 5-10, Белостокском 4,5-6,5; соответственно терапевтический 4,8 и 3,5-5,5; инфекционный 2-5 и 2,5-4,5 злотых. Для сопоставления приведем зарплату врача государственных больниц Новогрудского воеводства (1931): 370-440 злотых, а также цены на некоторые продукты питания (1939): 1 кг хлеба – 0,29, сахара – 1, говядины – 1,05, животного масла – 3,8 злотых. Необходимо также констатировать, что стоимость лечения покрывалась из нескольких источников (например, в 1938 г. в 6 из 14 больниц Белостокского воеводства больные оплачивали до 40% стоимости). Так, в 1938 г. в Гродненской городской больнице в 40,8% средства поступали из общественных страховых учреждений, 34,2% оплачивали больные, 25% – территориальные самоуправления. При этом средняя длительность лечения самооплачиваемых была самая низкая, что можно расценить и как результат воздействия на отношение больного к нахождению в больнице.

СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА И МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В СССР В ПЕРИОД 20-х - НАЧАЛА 30-х ГОДОВ XX века

Фадеев А.В.

«Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН (Москва, Россия)

В конце XIX - начале XX века Россия находилась на старте экстенсивного развития системы здравоохранения. Первая мировая война и последовавшая за ней революция 1917 года не только существенно замедлили это развитие, но и вызвали определенную деградацию, обусловленную как разрушением инфраструктуры, так и отсутствием кадров из-за призыва врачей на фронт. С начала 20-х годов XX века развитие системы здравоохранения в СССР получает мощный толчок, обусловленный тем, что магистральные идеи развития охраны народного здоровья, созревшие в русском обществе ещё в дореволюционный период, получают институционально-политическую поддержку со стороны правительства.

Буквально с первых дней Советской власти охрана материнства и младенчества (ОММ) получает государственный статус. В декабре 1917 года коллегия Народного комиссариата государственного призрения, возглавляемого А.А. Коллонтай, принимает решение о создании Отдела ОММ, начавшего функционировать с 1 января 1918 года во главе с В.П. Лебедевой. По декрету Наркомата государственного призрения от 30 января 1918 года, все учреждения, занимающиеся обслуживанием матери и ребенка, передаются в ведение этого отдела. Поскольку борьба с высокой младенческой смертностью выдвинута на передний план, Отдел ОММ разворачивает широкую работу по организации домов младенца, женских домов и детских больниц. К 1920 году в России было создано 108 домов младенца, 267 приютов для грудных детей и домов ребенка до 3 лет.

После создания Народного комиссариата здравоохранения Отдел ОММ, а также существовавший до этого в составе Наркомпроса школьно-гигиенический отдел были объединены в отдел охраны здоровья детей и подростков. В 1927 году организация родовспоможения, находившаяся в ведении Лечебного отдела Народного комиссариата здравоохранения, также перешла к новому Отделу ОММ. Постепенно решается и проблема подготовки квалифицированных кадров. Большой вклад в её решение внесли созданные в 1922 году в Москве, Харькове, Киеве, Петрограде, а затем и в других городах институты ОММ, а также институты охраны здоровья детей и подростков, бывшие одновременно научно-исследовательскими и лечебными учреждениями.

В 1930 году во 2-м Московском медицинском институте был создан факультет

ОММ, который имел акушерско-гинекологическое отделение; оно просуществовало до 1936 года, когда факультет был преобразован в педиатрический. В это же время был открыт Медицинский педиатрический институт в Ленинграде, а затем педиатрические факультеты были открыты и во всех союзных республиках. Несмотря на строгую тенденцию централизма и бюрократизации в советской системе государственного управления, работа по организации системы медицинской и профилактической помощи женщинам и детям сохраняет элементы профессиональной демократии. Этому, по крайней мере, в первое десятилетие Советской власти, способствовали всероссийские, а затем всесоюзные совещания по ОММ, собиравшиеся в 1920, 1923, 1925 и 1929 годах. Они сыграли важную роль в выборе стратегии развития системы, решении организационных вопросов, решении проблемы подготовки кадров. С самого начала своего функционирования (в период Гражданской войны и военного коммунизма) система ОММ сосредоточила усилия на развитии учреждений закрытого типа, таких, как дома матери и ребенка, дома ребенка и прочих, то есть попросту - специализированных больниц. В декабре 1920 года первое совещание по ОММ вынесло решение о приоритете развития учреждений открытого типа, таких, как ясли, консультации, молочные кухни и пр., что можно считать победой, хоть и профилактическо-воспитательного или профилактическо-образовательного направления.

После 1920 года консультации, обслуживавшие детей до одного года, превращаются в школы матерей. Тогда же возникают и консультации для беременных, которые вначале обслуживают только беременных, а затем и всех женщин. С 1924 года женские консультации начинают выдавать разрешение на бесплатный аборт. Вначале деятельность женских и детских консультаций носит исключительно профилактический характер, но постепенно они начинают приобретать и лечебные функции. Было очевидно, что взятие консультациями на себя лечебных функций быстро подорвет их профилактическо-образовательную деятельность. Поэтому в продолжение 20-х годов XX века ведутся активные дискуссии о перспективах ОММ в СССР, в частности, выдвигаются предложения об усилении специализации учреждений путем создания: консультаций для беременных; гинекологических консультаций (для гинекологических больных); консультаций по предупреждению беременности (службы планирования семьи); детских консультаций.

Авторы такого рода предложений, как правило, врачи-практики, на собственном опыте доказывали невозможность эффективной работы при непосредственном смешении лечебной и профилактической деятельности. Но их позиция осталась непризнанной, и с 1930 года на женские консультации была возложена задача лечения гинекологических больных; решение этой задачи стало безусловной доминантой их деятельности. В результате в начале 30 годов XX века складывается трехзвеневая система, существующая до сегодняшнего дня и включающая:

- 1) женскую консультацию, которая осуществляет лечение гинекологических больных, наблюдение за беременными, диагностику беременности и выдачу направлений на искусственный аборт;
- 2) родильные дома, включенные с 1927 года в систему ОММ;
- 3) детские поликлиники, врачи которых наблюдают и лечат детей от момента их прибытия из родильного дома и до достижения 15 лет.

Схематичный обзор первого этапа истории ОММ в СССР 20-х - начала 30-х годов XX века наводит ряд исследователей на мысль, что это была «история постановлений», руководящих указаний, даваемых центральным органом управления и обязательных для исполнения. Но они не подкреплялись существенным финансированием и другими ресурсами, поэтому их эффект был незначителен. Как отмечали исследователи, изменения МС в это время происходили в основном вследствие изменения всего уклада жизни, а не благодаря специальным мероприятиям. Тем не менее, в этот период были созданы основные контуры системы ОММ в СССР. Была налажена подготовка медицинских кадров, создана система централизованного управления и концепция, определены функции и задачи отдельных звеньев системы.

К ИСТОРИИ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Филипчук Д.Г.

УЗ «Гомельская областная клиническая больница»

Осенью 1944 года Первая Советская больница г. Гомеля получила статус областной. До этого времени дважды принимались решения об открытии областной больницы – в январе 1939 года и в марте 1941. Первый раз больница не была открыта в связи с отсутствием соответствующей материальной базы, а второй – в связи с началом войны.

29 лет областная больница функционировала на базе бывшей Первой Советской. Строительство новой областной больницы было начато в 1970 году, а в 1973, после окончания строительства консультативной поликлиники, на ее базе были открыты терапевтическое и хирургическое отделения. В 1975 году введен в эксплуатацию детский корпус. Началась интенсивная работа специализированных детских отделений – пульмонологического, гастроэнтерологического, нефрологического и неврологического.

В 1977 году закончено строительство всего комплекса многопрофильной больницы на 1465 коек, в котором было развернуто 21 специализированное отделение для взрослых пациентов, 6 специализированных отделений для детей. В 1982 году открыт родильный дом на 130 коек.

В настоящее время в областной больнице функционирует 1095 коек и 33 лечебные отделения. Больница является уникальной по своей структуре. Нигде в Беларуси и в большинстве сопредельных стран нет лечебно-профилактической организации включающей в себя областную родильный дом, детские специализированные отделения, областную консультативную поликлинику, специализированные отделения для взрослых.

Уникальность больницы была predetermined известными профессионалами – заведующим облздравотделом Держицким Виктором Евдокимовичем, его заместителем Розанским Валерием Ивановичем, главным хирургом облздравотдела Касимом Иваном Марковичем, главным педиатром Матусевичем Станиславом Ивановичем, главным врачом областной больницы Крюковым Василием Николаевичем, а так же его заместителями Подъельцом Владимиром Федоровичем, Погореловым Юрием Антониновичем, Здотой Станиславом Павловичем.

На базе областной больницы начали функционировать полноценные по штатам и материальной базе специализированные отделения детской хирургии, нейрохирургии, урологии, офтальмологии, оториноларингологии, травматологии и ортопедии, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, аллергологии, гематологии, кардиоревматологии, гастроэнтерологии, реанимации и интенсивной терапии. Заведующие этими и рядом других отделений начинали свою работу, как правило, в сельских лечпрофучреждениях и хорошо знали особенности работы всех звеньев здравоохранения. Своей неординарностью, стремлением к совершенству они обеспечили эффективную работу не только в областной больнице, но и способствовали интенсивному развитию городских, районных и сельских лечпрофорганизаций. Сегодня не только в области, но и в республике широко известны врачи областной больницы – Шукайлов А.Ф., Литвин А.А., Раголевич Г.С., Садовский В.И., Косс Ю.К., Чемерко И.И., Михайлов В.В., Анискевич Т.В., Санников В.И. и многие другие.

Первым главным врачом Гомельской областной больницы была известный терапевт Бася Исааковна Каган, работавшая с 1944 по 1959 г.г. В дальнейшем главными врачами областной больницы были: Федор Эмануилович Ковалюк (1959-1961 г.г.), Александр Данилович Евсейчик (1961-1963 г.г.), Семен Степанович Ковалев (1963-1971 г.г.), Василий Николаевич Крюков (1972-1987 г.г.), Валерий Иванович Розанский (1987-2001 г.г.). С 2001 года по настоящее время главный врач областной клинической больницы – Анатолий Иванович Касим.

Становление и развитие больницы, развитие специализированных видов медицинской помощи населению в области тесно связано с работой замечательных спе-

циалистов. Заведующим хирургическим отделением № 2 был выдающийся хирург Владимир Георгиевич Чешик, основатель хирургической торакальной службы в области, выполнявший сложнейшие операции на органах грудной клетки.

С 1971 по 1977гг. отделением ортопедии и травматологии заведовал Сергей Иванович Тумель – основатель ортопедо-травматологической службы в области, легендарный врач. Большой вклад в развитие областной травматологической службы внес Михаил Михайлович Дятлов, д.м.н., заслуженный врач республики Беларусь.

Областная урологическая служба начала свой отсчет с 1950 года. В 1960 году оформилось самостоятельное урологическое отделение (первый заведующий – Борис Исаакович Яхнюк, руководил отделением до 1975 года). Его дело продолжил Анатолий Павлович Лебедев, заслуженный врач республики.

Большой вклад в развитие анестезиолого-реанимационной службы области внесли первый заведующий отделением реанимации Ковалев Михаил Филиппович (1971-1985 гг.), Дрик Феликс Николаевич – заведующий отделением (1985-2002 гг.).

Руководителями терапевтической службы в больнице в разные годы были высокообразованные специалисты Нина Васильевна Вавилова (1959-1963 гг.), Лариса Григорьевна Синякова, заслуженный врач БССР (1963-1971гг.), Нина Яковлевна Деревянко (1973-1977гг.), Валентин Кузьмич Жулого (1977-1999гг.).

Поиск и внедрение в практику работы больницы современных достижений медицинской науки – характерная особенность работы всего коллектива. Большую медицинскую и экономическую эффективность обеспечили открытые 19 лет назад кабинеты магнитно-резонансной и рентгеновской компьютерной томографии, а так же кабинет литотрипсии. Ежегодно в работу отделений больницы внедряется не менее 38 современных методов диагностики и лечения, публикуется 16-18 научных работ.

В настоящее время в больнице функционирует 500 коек хирургического профиля, терапевтического – 385, в том числе педиатрического – 195, акушерско-гинекологических коек – 180, реаниматологических - 30.

В составе больницы работают консультативная поликлиника и отделение плановой и экстренной консультативной помощи. Фактическая мощность поликлиники в 2011 году составила 513 посещений в смену. Консультативный прием в поликлинике ведется по 20 врачебным и 2 педагогическим специальностям.

Отделение плановой и экстренной консультативной помощи функционирует с 1954 года как областная станция санитарной авиации.

До 1998 года для медицинских целей отделением использовался самолет АИ-2 и вертолет МИ-2.

В 2008 году на базе отделения, на функциональной основе, создан областной центр экстренной медицинской помощи.

В разные годы отделением руководили А.М. Большаков, С.С. Ковалев, А.М. Степаненко, А.В. Логвиненко, В.И. Моторенко, В.И. Розанский.

В настоящее время заведующим отделением работает Д.Г. Филипчук, автор многих научных работ и рационализаторских предложений. Он же является и руководителем областного центра экстренной медицинской помощи (ОЦЭМП).

В режиме повседневной готовности ОЦЭМП обеспечивает круглосуточную работу информационно-диспетчерской службы, организует и участвует в оказании экстренной и плановой специализированной медицинской помощи, в создании специализированных медицинских бригад постоянной готовности и запаса средств и изделий медицинского назначения для возможных чрезвычайных ситуаций.

В течение года отделение обеспечивает, в среднем, 2320 экстренных и 510 плановых выездов в ЛПУ области врачей по 34 специальностям.

Эффективная работа отделения (центра) была бы невозможной без высокого профессионализма фельдшеров Сергеенко С.М. и Подольской Н.Т., а так же медсестер Даценко И.А., Реут М.А., Каптюг В.Н.

В больнице работает 495 врачей и 887 медицинских работников среднего звена. 84% врачей имеют квалификационные категории, в том числе 67 врачей – высшую и 117 – первую.

Ежегодно, не менее ста врачей повышают свою квалификацию на базе академий последипломной подготовки и находясь на стажировке в ведущих клиниках запад-

ной Европы и Японии. В больнице работает 6 кандидатов медицинских наук, один заслуженный врач Беларуси и 14 отличников здравоохранения СССР и Беларуси, 25 главных внештатных специалистов управления здравоохранения.

Больница с 1993 года является базой кафедр Гомельского государственного медицинского университета (кафедра хирургических болезней № 2 с курсом детской хирургии, кафедра ЛОР-болезней, кафедра анестезиологии и реанимации с курсом фармакологии, курс нейрохирургии при кафедре неврологии и нейрохирургии с курсом медицинской реабилитации и психиатрии, курс стоматологии).

В течение длительного периода сложилась устойчивая система социального партнерства между руководством больницы и профсоюзным комитетом. Обеспечение социальной защищенности членов трудового коллектива - приоритетное направление работы профкома. Огромное внимание уделяется самореализации работников. Созданы два вокальных коллектива, хореографический ансамбль, секции по туризму, плаванию, волейболу, настольному теннису, бильярду, баскетболу и др. Организована группа изучения английского языка.

Совет медицинских сестер обеспечивает подготовку резерва кадров, занимается внедрением в работу медицинских сестер новых технологий и стандартов, воспитанием коллектива в духе добросовестного отношения к труду.

Совет ветеранов оказывает поддержку ветеранам больницы, передает богатый накопленный опыт молодежи, участвует в воспитании молодого поколения работников в духе патриотизма, взаимовыручки, добросовестности в труде.

Организация БРСМ – школа патриотизма и гражданственности, стоит на страже защиты интересов молодежи, содействует решению существующих молодежных проблем в социальной, образовательной и духовной сферах. Молодые люди активно участвуют в спортивных и культурно-массовых внутрибольничных мероприятиях, совместных с другими организациями благотворительных проектах.

По итогам работы за 2008 год организация БРСМ больницы была признана победителем конкурса на лучшую первичную организацию учреждений г.Гомеля.

В течение всего периода коллектив больницы обеспечивает выполнение стоящих перед ним задач. Среди них – дальнейшее повышение качества медицинской помощи, обеспечение доступности специализированной помощи населению области, внедрение в практику современных медицинских технологий и достижений науки.

ПЕРВЫЕ ШАГИ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА БЕЛОРУССИИ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ

Хильмончик Н.Е., Егорышева И.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
«Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН (Москва, Россия)*

Здравоохранение начала XX века в Белоруссии было отмечено процессом становления профилактических учреждений и проведения общественно-государственных мероприятий по охране материнства и младенчества (ОММ). Деятельность учреждений по ОММ строилась на профилактическом принципе, в реализации которого важная роль отводилась патронажу. Проведение патронажной работы потребовало специально подготовленных кадров. С 1920 г. начата (Минск, Витебск) курсовая (девятимесячная) подготовка патронажных медицинских сестер. В 1922 г. курсы становятся двухгодичными, организуются при всех существующих медицинских школах Белоруссии. Подготовленные медицинские сестры закреплялись за школами (в 1922-1923 гг. – 1163 школы с 107825 детьми), детскими колониями для летнего отдыха (в 1923 г. в них было 1345 детей), детскими яслями. В 1928 г. патронажными сестрами сделано 22494 посещений на дому. Вместе с тем, явно недостаточными были охват (80% новорожденных) и кратность (1,5 раза в год медсестрой посещались дети до года) патронажной работы из-за малого количества подготовленных специалистов. К примеру, в 1928 г. в Витеб-

ске всего лишь двумя медсестрами сделано 2589 посещений, из них 926 посещений новорожденных. Патронаж беременных выполнялся акушерками и фельдшерицами только в 4 консультациях. В сельской местности дело обстояло еще хуже. Из-за отсутствия специалистов здесь осмотрено было лишь 2,8% детей до трех лет (1926) и 6,4% – до года (1927).

В соответствии с задачей высвобождения женщины-работницы разворачивается кампания повсеместного (1926) открытия яслей. В них упраздняется «институт нянь», вводятся должности сестер-воспитательниц. Их подготовка в стране осуществлялась по типу школьного и курсового обучения. Такие курсы (девятимесячные), в частности, были организованы в Витебске, Гомеле, Минске, Могилеве. Программа обучения включала физиологию и анатомию особенностей детского организма, гигиену, уход и вскармливание грудного ребенка, роль сестры милосердия в деле охраны материнства и младенчества, воспитание ребенка в первые годы жизни, воспитание матери, организацию работы молочной кухни, ведение отчетности и практики, анатомо-физиологические особенности женского организма, уход за беременной, роженицей и родильницей, понятие о женских болезнях, общий курс гигиены, социальные и профессиональные болезни, общую и частную патологию человека, скорую помощь, инфекционные болезни, химико-бактериологические исследования, политграмоту, латынь.

В Домах ребенка поддерживалась сестринская система опеки, работали сестры-инструктора по правильному вскармливанию детей грудного возраста. Административным сестрам, ответственным за работу в учреждении, повысилась заработная плата на 1 разряд (средняя заработная плата медсестры в 1926 г. составляла 30-33 руб.). Но необходимо отметить, что не все дети соответствующего возраста имели возможность посещать ясли (в 1937 г. в городе – 12,7%, сельской местности – 9,4%), в них не проводилось необходимое медицинское наблюдение, недостаточно и не всегда качественно выполнялась прививочная работа.

В детских амбулаториях (Витебск, 1920; Минск, 1921), в последующем преобразованных в детские диспансеры (1925) и детские поликлиники (1935), средними медицинскими кадрами осуществлялось наблюдение за физическим и психическим развитием детей, выявление больных, проводился патронаж на дому. С 1926 г. в диспансерах при участии средних медицинских работников стали проводиться предварительные медицинские осмотры детей при приеме в школу. Следует констатировать, что в 1937-1939 гг. многие детские консультации (особенно в сельской местности) размещались в непригодных помещениях с антисанитарными условиями, не имели фильтра, не проводили прививочную работу и патронаж, а квалификация малочисленного среднего медперсонала, закрепленного за ними, требовала более высокой подготовки. Увеличение числа молочных кухонь (в восточных областях в 1938 г. – 20, в 1940 г. – 31), из-за отсутствия в них специально обученного персонала, не обеспечивало качества их работы (в основном производилась только выдача цельного молока, т.к. не было организовано приготовление смесей).

Потребность сельского населения в медицинской помощи в это время удовлетворялась преимущественно за счет оказания ее фельдшерами и акушерками. При этом только каждый шестой населенный пункт имел в штате фельдшера и акушерку. В 1925 г. в республике действовало 124 фельдшерских пункта, один пункт обслуживал 22415 человек, причем средняя площадь обслуживаемого участка составляла 570 квадратных верст.

Охват акушерской помощью также был недостаточным: на 1 акушерку в уезде приходилось от 30 до 45 тыс. жителей. Доктор Э.И. Ланда назвал Белоруссию того времени «акушерской пустыней». Кроме того, в 1925 г. из 236 зарегистрированных акушерок 62% составляли повивальные бабки (17 – первого, 130 – второго разряда). Охват родовспоможением в сельской местности, осуществляемый исключительно акушерками, оставался низким (1926 – 8%, 1928 – 14%, 1936 – 26%), в связи с чем открываются колхозные родильные дома (1935 г. – 36 на 108, 1940 г. – 194 на 635 коек). Однако большинство из них представляли собой «хаты-родильни», не имевшие элементарных санитарно-гигиенических условий (горячей воды, отопления, оборудованных помещений). Удельный вес принятых в них родов был незначительным (в 1940 г. – 13,3%). В целом ряде районов в 1939 г. 1 акушерка приходилась на одну, две, три ты-

сячи населения (в Дриссенском, Сенненском, Бельничском, Гресском, Домановичском и других районах). К тому же не выполнялся план развертывания ФАПов, колхозных родильных домов, яслей (постановление СНК БССР от 10 декабря 1939 г. «О работе колхозных родильных домов, фельдшерско-акушерских пунктов»).

Несмотря на то, что средний медицинский персонал (акушерки, фельдшера, медицинские сестры) обеспечивал практическое воплощение в жизнь основных принципов здравоохранения (доступность, профилактика), многие проблемы оставались нерешенными до Великой Отечественной войны.

ИСТОРИЯ БРЕСТСКОЙ АПТЕКИ

Хмелевская Д.Н., Бордухаева Р.М., Алексюк Е.П..

Брестское РУП «Фармация»

Аптека №105 расположена в центре старой части г. Бреста по ул. Ленина, 35 на первом этаже жилого четырёхэтажного дома. На угловой стене этого здания укреплен памятник о том, что строительство здания закончено в 1959 г. В 1960 г. часть первого этажа здания, специально спланированного для аптеки, заняла 105-я аптека.

В какой-то степени аптека №105 является преемницей аптеки провизора Кагана, располагавшейся по ул. Переса, 25.

На основании материалов кабинета истории фармации РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ» (г. Минск) известно, что провизор Кива Каган совместно с купцом Хайкевичем открыли аптеку в Брест-Литовске еще в 1901 г., управлял аптекой сам провизор на протяжении 12 лет. В 1913 г. он остался ее владельцем, а управляющим принял на службу провизора Беренблума. Аптека в тот период находилась на углу улиц Шоссейной и Мясной в доме Кацина (ныне угол просп. Машерова и ул. Карбышева, напротив магазина «Умные вещи»).

О функционировании аптеки Кагана в период оккупации кайзеровскими войсками Германии неизвестно. В 1922 г. К. Каган и П. Гальперн открыли аптеку по ул. Тополева, 31, которая позже была названа ул. Переса. До ее появления в Бресте-над Бугом уже действовали 5 аптек, в том числе две по ул. 3-го Мая (ныне ул. Пушкинская) – аптеки провизоров Янковского и В. Саского, две аптеки по ул. Домбровского (теперь ул. Советская) – Гринберга С. и помощника провизора Ракова Д., а также аптека при еврейском госпитале. Как и другие частные аптеки, по-прежнему она относилась к категории «нормальная» (нынешняя терминология – аптека первой категории, т.е. с правом изготовления лекарственных средств). В 1927 г. штат аптеки составлял 4 человека с фармацевтическим образованием (вместе с владельцем).

В конце 20-х годов Каган открыл при аптеке аналитико-химическую лабораторию, которая вскоре была закрыта, так как начала работать в городе по ул. Домбровского аналитико-химико-бактериологическая лаборатория магистра фармации Кротовского и доктора медицины Мостовланского.

Аптека Кагана в числе других городских частных аптек продолжала работать до присоединения западных земель к Белорусской ССР в 1940 г. После установления советской власти и национализации ей был присвоен номер 2, бывшей аптеке Саского №1, аптеке Гринберга №3 и №4 аптеке Янковского.

После ВОВ (1944 г.) многие улицы города были переименованы, в том числе Тополева (Переса) в ул. 17-го Сентября.

В 1948 г. на работу в аптеку №2 пришла приехавшая в Брест после войны выпускница Одесского фармацевтического техникума Дора Киселевна Рейнберг (Белгородская), которая и помогла восстановить события первых послевоенных лет.

Аптека располагалась в двух маленьких комнатках. Стерильные растворы для находившегося недалеко «туберкулезного» диспансера изготавливались на подоконнике за ширмой. В большом количестве шло приготовление забытых ныне «глобулей» и пилюль, поскольку по известным причинам не было лекарственных средств заво-

дского производства. Первым управляющим аптекой был Лев Самуилович Горелов, он имел степень магистра фармации, присвоенную еще в «польский период».

Коллектив маленькой старой «аптечки» №2 был переведен в новое помещение по ул. Ленина, аптеке был присвоен номер 105. Коллектив состоял из 6 человек: Горелов Л.С., Белгородская Д.К., Меркульева М.А., Данилова А.М., Быльчинская М.Ф. и Гилевская Г.П.

Горелов Л.С. в памяти тех, кто знал его, остался грамотным специалистом, глубоко порядочным человеком и обладателем уникальной способности – обсчет инвентаризационных описей проводил по ходу снятия остатков «в уме», сразу называя сумму.

Приказ №1 в книге приказов аптеки №105 датирован 5 апреля 1960 г., обслуживать население аптека начала с мая 1960 года. Приказ №3 от 10 июня 1960 г. был о назначении управляющего аптекой №105 Анны Дмитриевны Панкратовой, а Горелова Л.С. – заместителем управляющего этой же аптеки.

Согласно приказу №44 от 27 октября 1960 г., помощник провизора Плотникова О.А. в порядке перевода из аптеки №3 назначена на должность фармацевта впервые созданного в аптеке справочного бюро. Работала она в аптеке №105 до 1976 г. (с перерывами). Старые работники до сих пор помнят особое мастерство информационной работы Ольги Александровны. Затем на должность рецептара по информации аптеки была назначена Шпока Г.А., а с декабря 1977 г. – заведующим отделом справочного бюро аптеки. Аптека №105 более 20 лет также выполняла функцию городского справочного бюро до создания в 1981 г. автоматизированного справочного бюро на базе аптеки № 3.

По состоянию на 1 января 1961 г. штат аптеки составлял 24 человека, из них 6 провизоров и 8 фармацевтов. Увеличение штата в те годы шло в основном за счет вспомогательного персонала. Причина – недостаточное количество готовой продукции и большой процент в общем товарообороте внутриаптечной заготовки/фасовки и экспоральных лекарственных средств.

Помимо своих основных функций, аптека на протяжении 16 лет (1960 – 1976) осуществляла медикаментозное снабжение 9 прикрепленных фельдшерско-акушерских пунктов Брестского района. После открытия в 1976г. аптеки №129 они были туда переведены.

Многие годы получали в аптеке лекарственные средства и другие товары аптечного ассортимента областной онкологический диспансер, стоматологические поликлиники, поликлиника медицинской службы УВД, косметологическая лечебница, родильный дом, областной диспансер спортивной медицины, детские сады и т.д.

За эти годы приготовлены декалитры стерильных растворов, десятки килограммов порошков, расфасованы тонны «тюковой» ваты, заготовлены тонны лекарственного растительного сырья.

В 70-е годы специалисты аптеки в качестве внештатных фарминспекторов привлекались руководством аптечного управления для проведения фармацевтического обследования аптечной сети других районов области (Колбеко Б.И., Новик А.М.).

С 1980 по 1994 гг. аптека выполняла функции центральной городской и центральной районной аптеки Ленинского района г. Бреста.

По состоянию на 1 января 1980 г. в аптеке трудилось 36 человек: 3 администратора, 2 провизора-информатора, 2 бухгалтера, 4 санитарки, 4 кассира, 5 фасовщиков. Фармацевтические работники (11 фармацевтов и 9 провизоров) составляли 56% общего штата аптеки. С мая 1980 г. была введена должность старшего провизора ЦГА №105.

Аптека всегда являлась базой для прохождения практики студентами учреждений образования фармацевтического профиля (ее прошли более 200 человек), а также стажировки (интернатуры) провизоров. Они - будущее дела аптечного, древнего и мудрого.

В течение 1995-1999 гг. в организационную структуру аптеки входили 2 аптечные пункты 1 категории при городской поликлинике № 1 и областном онкологическом диспансере.

С самого своего рождения по настоящее время аптека №105 осталась произ-

водственной. Сегодня аптека первой категории имеет площадь, необходимый набор помещений для успешного выполнения возложенных на нее задач. Современное торговое оборудование и оснащение рабочих мест рецептаров аптеки компьютерно-кассовыми системами позволяют быстро и качественно осуществлять лекарственное обслуживание население и гостей города.

За период функционирования аптеки №105 после Панкратовой А.Д. управляющими аптекой были 8 провизоров, каждый из которых внес определенный вклад в развитие ее материально-технической базы и совершенствование лекарственного обеспечения населения. Среди них: Новик Вера Петровна (декабрь 1962 г. – август 1964 г.); Король Вера Николаевна (август – октябрь 1964 г.); Мартынович (Бондарева) Надежда Григорьевна (ноябрь – сентябрь 1965 г.); Щеменок Антонина Михайловна (октябрь 1965 г. – 1982 г.); Шубская Надежда Александровна (1982 г. – 1999 гг.); Бордухаева Раиса Максимовна (1999 г. – 2011 гг.); Алексюк Елена Петровна (2011 г. – по настоящее время).

В разные годы в должности заместителей заведующего аптекой работали: Горелов Л.С., Мартыновская Н.Г., Новик А.М., Коростылева О.А., Овчинникова М.Я., Коваленко В.Я., Хмелевская Д.Н., Пикин М.Н. (в настоящее время).

Аптека была «кузницей» организаторов фармацевтического дела. Некоторые бывшие ее работники в последующие годы стали руководить крупными коллективами. В их числе – Король В.Н. (возглавляла аптечную службу Брестской области 28 лет), Клишевич В.П. (начальник торгового отдела аптечного управления Брестского облисполкома), Шпока Г.А. (заведующий аптекой № 164, потом заместитель генерального директора Брестского РУП «Фармация»), Коростелева О.А. (заведующий межбольничной аптекой №152 г. Бреста), Крестьянчик Е.П. (заведующий аптекой №3 г.Бреста).

Более 40 лет отданы аптечной службе г.Бреста Белгородской Д.К. и Гилевской Г.П. Они – фармацевты из легенды. В 1967г. Галина Павловна была награждена значком «Отличнику здравоохранения» за хорошую работу по медицинскому обслуживанию населения.

Верно и преданно отдают свои знания и навыки, любовь и заботу о людях вот уже более 30 лет провизоры Жигулич Е.Н. и Беляева Т.И. и свыше 20 лет – Аксенова Т.М.и Балюк Н.В.

В 2010 г. коллектив аптеки отпраздновал 50-летие со дня ее открытия, в праздничном мероприятии участвовали ветераны аптеки.

ИЗ ИСТОРИИ МЕДСЕСТРИНСТВА: ХАРЬКОВСКАЯ ОБЩИНА СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ

Чернова О.А.

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет
(Белгород, Россия)*

Харьковское городское управление Товарищества опеки над ранеными и больными воинами существовало в городе Харькове с 1870 года и называлось Дамским комитетом. Главными целями комитета было формирование капитала путем сбора членских взносов и одноразовых пожертвований и создание общины сестер милосердия с обучением сестер уходу за больными и ранеными.

Официальное открытие Харьковской общины сестер милосердия с разрешения господина начальника губернии свиты его Величества генерал-майора князя Д.М. Кропоткина состоялось в октябре 1872 года. Старшей сестрой была назначена жена полковника А.Г. Головачевская. Сестрами милосердия были две ее дочери Мария и Елена, а также А.Д. Анадоленкова, Е.П. Камышенкова и Л.В.Поз, все трое - дворянки. Особы, желающие воспользоваться услугами сестер общины для ухода за больными на дому, платили за это общине по 1 рублю за сутки. При этом они были обязаны предоставить приглашенной медсестре отдых не менее 4-х часов в сутки и кормить ее за свой

счет «питательною пищею». Тем больным, которые не имели средств, сестра назначалась для ухода бесплатно с разрешения госпожи-куратора [2].

Сестры милосердия приглашались и в земские больницы, где они не только оправдали заслуженную ими популярность по уходу за больными, а и имели большое моральное влияние на больных.

С началом войны России с Турцией (1877 год), с появлением потребности в сестрах милосердия, среди молодых женщин Харькова возникло стремление посвятить себя уходу за больными и ранеными воинами под знаменем Красного Креста. Для изучения правил ухода за больными и ранеными открываются подготовительные курсы при клинике университета, при больнице Харьковского медицинского общества, при Александровской городской больнице. После окончания курсов выдавались аттестаты [3].

В мае 1877 года Харьков прислал на театр военных действий первый отряд своих сестер милосердия. Вот действительные слова Черногорского князя Николая из его письма Великой Княгине Александре Петровне от 25 февраля 1878 года: "Сестры милосердия, присланные сюда Вашим Императорским Величеством, провели с нами 10 месяцев наитруднейшего кризиса, переживаемого Черногорией. Благо, которое они нам дали, трудно передать словами. Благодарность нашу они знают и могут ее засвидетельствовать Вам...Сестры, с которыми я прощаюсь, выезжают из Черногории последними. Они оставляют моей отчизне незабываемые чувства о милосердии русских женщин, чувства, которые образуют новое звено в цепи, связывающей нас с Великой Россией" [3].

На 1 января 1890 года в Харьковской общине сестер милосердия было 15 сестер и 3 испытуемых. Община предоставляла уход сестер за больными на дому и в больницах. Сестер приглашали для ухода за больными частные лица, в Харьковский институт благородных девиц и в частные больницы города для массажа, постановки банок, пиявок, для перевязок и т. д. Часто община отвечает отказами на вызов сестер милосердия, потому что их не хватает. Особенно заметно это стало осенью 1889 года, во время распространения тифа и инфлюэнции.

За 1890 год были сделаны значительные пожертвования для общины как от частных лиц, так и от банков и управлений в виде денег, топлива, продуктов. В этом же году при общине были открыты курсы для подготовки новых сестер и для пополнения знаний тех лиц, которые уже были удостоены звания сестры милосердия.

На курсы сестер милосердия принимаются лица полностью здоровые, не моложе 20 лет, христианского вероисповедания, без различия званий. Желающие вступить в число слушателей подают с 15 августа на имя куратора общины лично написанное прошение. К нему прилагались: метрическое свидетельство о рождении и крещении; свидетельство о звании; свидетельство об образовании, если поступающая где-нибудь обучалась; справку полиции о поведении и отсутствии законных препятствий к слушанию курсов; свидетельство врача о состоянии здоровья и о прививке от оспы; для несовершеннолетних - согласие родителей или опекунов на поступление в сестры Красного Креста; для замужних - согласие мужа на принятие женой обязанностей сестры Красного Креста. К лицам, не подавшим свидетельство об образовании, кураторством общины предъявлялись требования знаний примерно в объеме 4-х классов женской гимназии. Обучение проходило в помещении общины ежедневно, кроме выходных и праздников, вечерами, с 18 до 20 часов. Преподавались такие предметы: закон божий, латынь, анатомия, физиология, фармакология с рецептурой, десмургия и хирургия, гигиена, уход за больными и оказание первой помощи [5].

В 1892-1893 годах в Харьковской губернии поднимается вопрос о необходимости подготовки медсестер милосердия для привлечения их к работе по борьбе с эпидемией холеры, а также в качестве сиделок и сестер по уходу за психическими больными.

Ниже приводятся правила, которые существовали в Харьковской общине сестер милосердия.

Для непосредственного заведывания сестрами попечительницею назначается старшая сестра. Она заведует хозяйством в общине, назначает сестер на дежурства по уходу за больными (при соблюдении очереди), наблюдает за исполнением установ-

ленных правил. Распоряжения старшей сестры исполняются сестрами беспрекословно. Уход за больными помимо назначения старшей сестрою или попечительницею не допускается. В случае нездоровья сестра уведомляет об этом старшую сестру и ждет ее распоряжений, но оставлять больного самовольно не имеет права. Каждая сестра, отпускаемая в частный дом, снабжается особою книжкою от общины, в которую записываются все получаемые ею деньги и делается отметка врачом о том, как относилась сестра к своим обязанностям. Книжку эту сестра должна была представлять немедленно по возвращении с дежурства старшей сестре [7].

Сестры общины обязаны носить в общежитии и при исполнении своих обязанностей установленную форму одежды, состоящую зимою из шерстяного, а летом из холстяного коричневого платья, белой косынки и белого передника с нашитым на нагруднике красным крестом. Обучающиеся на сестер милосердия носят такую же одежду, но без креста. Одеваться тем и другим в неформенную одежду дозволяется только тогда, когда они отлучаются из общины в долговременный отпуск. Лица, пригласившие сестру для ухода за больным, должны предоставить ей по возможности все необходимое, в том числе и обед. После проведенной ночи у постели больного сестре дается несколько часов отдыха. Чистоту и порядок в своих жилых комнатах в общине сестры соблюдали сами. Желая отлучиться из дому в свободное время, они должны спрашивать на то дозволение старшей сестры и вернуться домой не позже 10 часов вечера. Принимать своих родственников и знакомых могут в столовой или общей комнате не позже 9 часов вечера. Сестры, оказавшиеся по своим нравственным качествам несоответствующими назначению, исключались решением попечительства общины из состава общины. Курение табака в общине, при уходе за больными в частных домах, в госпиталях и в больницах сестрам и испытуемым не дозволялось [2].

С началом Русско-Японской войны сестры милосердия Харьковской общины одни из первых приняли участие в военных действиях. Санитарный отряд в Уссурийске развернул госпиталь на 200 кроватей. Госпитальный день продолжался с 6 утра до 9 вечера [1]. Дезинфекция белья проводилась вывариванием в растворе щелочи в специальном казане на открытом воздухе; была формалиновая и паровая камеры [4].

После революции 1917 года общины сестер милосердия закрываются. В 1920 году вся подготовка сестер милосердия была передана государству. Окончательная отмена общин сестер милосердия произошла в 1922-23 годах. А в 1927 году было полностью отменено понятие "сестра милосердия" и введена квалификация медицинской сестры [6].

И сегодня нет числа отважным, душевным, заботливым женщинам в белых халатах - славным продолжательницам того благородного подвига, который почти полтора века назад начали отважные сестры милосердия. Какими бы путями ни шла с тех пор медицина, слова "помоги, сестрица" навсегда остаются паролем человечности и сострадания.

Литература

1. Алчевская Х. Д. Раненые в Харькове. // В кн.: Алчевская Х. Д. Передуманное и пережитое. – М., 1912. – С. 55.
2. Герман Ф. А. Заслуги женщин в деле ухода за больными и ранеными. – Харьков, 1898. – С. 9-11.
3. Илинский П. А. Русская женщина в войну 1877–1878 гг. – СПб., 1879.
4. Кауфман П. Красный Крест в тылу армии в японскую кампанию 1904–1905 гг. – СПб., 1909. – Т. 1. Ч. 1. – С. 99–102.
5. Корчинский Л. А. Медицинская сестра: практическое руководство по сестринскому делу. – СПб., 1998 – С. 14-15.
6. Хечинов Ю. Ангелы-хранители. Страницы истории Отечества. – М., 1993 – С. 316.
7. Шибков А. А. Первые женщины России в медицинской школе и на войне до XX в. – Л., 1957, – С. 69.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ МАЛЯРИИ И МЕТОДЫ БОРЬБЫ С НЕЙ В ОРЕНБУРГСКОЙ ГУБЕРНИИ XIX – НАЧАЛА XX ВВ.

Чернуха В.В.

Оренбургская государственная медицинская академия (Россия)

Малярия, или «перемежающаяся лихорадка», встречается почти во всех частях земного шара и известна с глубокой древности. В пределах России малярией было заражено Поволжье, Кавказ, Средняя Азия, Могилевская, Гродненская, Оренбургская и многие другие губернии. [1, с. 511].

Начиная с XVIII века, сведений о распространении малярии на территории Российской империи практически не существовало. Заболевание относили к обыкновенным болезням, и особых тревог оно не вызывало, профилактических мер не требовалось.

С XIX века малярия постепенно занимает одно из первых мест среди инфекционных заболеваний России. Эпидемии свирепствовали в Средней Азии, в Крыму, на Кавказе, Западной Сибири, доходили и до Оренбургской губернии. Самый высокий процент заболеваемости среди местного населения зарегистрирован в городе Оренбурге, который являлся главным торговым центром края. Он располагался на границе казахских степей, на старинной дороге из Средней Азии в Древние Булгары, а затем в Казанское ханство. Ярмарки в Оренбурге носили меновнический характер, т.е. не денежный. Торговцы прибывали в город из Бухары, Хивы, Ташкента, казахских степей, а затем продолжали свой путь по другим ярмаркам. Обмен такими товарами, как скот, шерсть, шкуры степных животных таили в себе опасность распространения различных инфекционных заболеваний [2, с. 48].

В течение XIX – начале XX века в Оренбурге свирепствовали такие болезни, как дизентерия, холера, чума, сыпной и брюшной тиф, но наибольшее распространение получила малярия. Промежуточное положение между Европой и Азией влияло на эпидемиологическую обстановку в Оренбургском крае, но условия для распространения малярии, несомненно, таились и в самой местности губернии. Это почва, засоренная остатками разлагающихся веществ органического и растительного происхождения, вывоз нечистот из города, а также масса навоза, из которого выделялся кизяк. Он пускался на выравнивание улиц города. Но более важную роль играли большие разливы рек Урала и Сакмары, окружавших город с трех сторон. Разливаясь на одиннадцать и более километров, они оставляли после себя большое количество ила и заболоченной местности, что, в сочетании с высокой температурой, создавало благоприятные условия для жизнедеятельности малярийного комара и, как следствие, способствовало распространению заболевания.

Первое упоминание о малярии в Оренбургской губернии относится к 1889 году. В отчете Оренбургского городского врача за 1890 год упоминается заболевание «перемежающейся лихорадкой» среди учащихся женской и мужской гимназий и приходского училища. В 1900 году в Оренбурге издается «Сборник медико-статистических работ по Оренбургской губернии». В разделе «Сведения о заразных болезнях, зарегистрированных по карточной системе за второе полугодие 1900 года» одно из первых мест отводится малярии. По неполным данным, зарегистрировано 2010 больных. В «Двухнедельных ведомостях инфекционных заболеваний» (1914 г.) отмечается заболеваемость по Ивановскому медицинскому участку Оренбургского уезда и Дмитровскому медицинскому участку (ныне Тюльганского района). В каждом из участков зарегистрировано до 100 случаев малярии в весенние месяцы и до 200 – в летние. Опираясь на статистические отчеты санитарной службы Оренбурга, которые сохранились в Оренбургском государственном архиве, видно картину заболевания малярией среди местного населения [3, с.79].

Таблица 1 – Динамика заболеваемости малярией по месяцам в Оренбургской губернии в 1911–1913 гг.

Год	Месяцы												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	итого
1911	826	815	1423	1142	1262	994	1118	942	837	698	762	850	6201
1912	989	908	1010	1221	1373	1510	1335	1120	969	754	786	608	12583
1913	782	869	1004	1187	1280	1340	1210	1020	943	889	643	402	11569
1914	752	809	965	1206	945	1404	946	1265	1113	951	643	755	11754
1915	614	1230	805	1240	1557	2575	1506	1254	984	960	870	934	15057

Приведенные цифры свидетельствуют о том, что заболевание носило явно выраженный сезонный характер и приходилось на весенние и летние месяцы. Особенно легко заболеванию подвергались вновь прибывшие люди из других губерний. Лечение населения производилось хинином, использовались и профилактические меры, такие как защитные сетки от комаров, окуливание жилых помещений далматским порошком, можжевельником, уничтожение стоячих вод нефтью или керосином для уничтожения личинок комаров [4, с. 123].

Достаточно высокий процент заболеваний малярией приходился на войсковые части 24-го армейского корпуса, расквартированного в Тоцких лагерях. Лагерь был одним из самых неблагополучных по санитарным условиям. Располагался он на болотистой местности по течению реки Сакмарки. К сожалению, при выборе места дислокации корпуса внимание обращалось только на преимущества в учебно-тактическом отношении и не учитывалось санитарно-гигиеническое состояние. Отсюда и почетное 4 место, по заболеваемости малярией занимаемое корпусом среди гарнизонов Туркестанского округа. Для сравнения можно привести такие цифры: Термез – 349,4 случая заболевания из 1000 человек списочного состава, Керки – 132,6, Мерв – 90,5, Оренбургский 24 корпус – 66,6, Кушка – 52,0. Следует заметить, что показатели 24-го корпуса, скорее всего, занижены и не соответствовали действительности, так как не принимались во внимание амбулаторные малярики, которых насчитывалось более 2000 человек. Это являлось серьезным недостатком регистрации амбулаторных больных, который впоследствии был устранен путем введения учетных карточек. Рост заболеваемости среди солдат и офицеров мы можем увидеть из данных, представленных военными санитарными врачами в приложениях к протоколам Оренбургского Отдела Казанского общества ревнителей военно-санитарных знаний 1911 – 1913 гг.

Таблица 2 – Динамика заболевания малярией среди военнослужащих 24 армейского корпуса 1911 – 1913 гг.

Год	Месяцы												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	итого
1911	43	45	96	131	114	120	115	49	39	20	20	31	823
1912	29	42	51	44	56	192	105	65	50	44	34	15	727
1913	17	12	88	133	149	166	139	372	250	148	63	67	1587

Отсутствие метеорологических данных для Тоцкого лагеря не дает возможности подробно анализировать причину наибольшего заболевания, приходящегося на весенне-летние месяцы. Поэтому приходится ссылаться на имеющиеся объяснения, подкрепляемые целым рядом наблюдений и приписывающих это явление усиленному выплыванию комаров при высокой температуре и достаточно дождливой погоде. В войсковых частях и казачьих войсках регулярно проводились хинные и механические профилактические меры по предупреждению и ослаблению малярии. Для понижения порога заболеваемости малярией по Оренбургской губернии требовалось планомерное осушение местностей, прилегающих как к городу, так и к другим населенным пунктам, проведение хинной профилактики, механической защиты (железные сетки с хорошей воздухопроницаемостью), осушение болотистой местности и изолирование больных, чтобы прервать цепь человек – комар – человек [5, с. 29].

Широкого распространения этих мероприятий в XIX – начале XX вв. не могло произойти из-за отсутствия государственной санитарно-эпидемической службы.

Литература

1. Игнатъев В. Малярия //Энциклопедический словарь /Ф.А. Брокгауз, И.А. Ефрон. – СПб.: Типо-литография И.А. Ефрона, 1896. – Т. XVIIIА. – С. 511 – 514.
2. Акулова Т.Л. Оренбургские ярмарки во второй половине XIX века // История Оренбургского края: события, судьбы, реальность: сб. науч. тр. /Под ред. А.Г. Ивановой. – Оренбург, 1994. – С. 10.
3. Протоколы Оренбургского отдела Казанского общества ревнителей военно-санитарных знаний за 1913 – 1914 г. – Оренбург: Тип. Бр. Маховых, 1914. – С.79 – 85.
4. Васильев К.Г., Сегал А.Е. История эпидемий в России. Материалы и очерки. – М.: Медгиз, 1960. – С. 95.
5. Протоколы Оренбургского отдела Казанского общества ревнителей военно-санитарных знаний за 1912 – 1913 г. – Оренбург: Тип. З.М. Вайсберг, 1913. – С.29 – 34.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ГИГИЕНЫ ТРУДА УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Чигринова Е.А., Сгибнева И.А., Семёнов И.П., Скоробогатая И.В.,
Филонюк В.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Кафедра гигиены труда учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» в настоящее время осуществляет преподавание для студентов 4-6 курсов медико-профилактического факультета двух дисциплин: коммунальной гигиены и гигиены труда.

Преподавание гигиены труда и коммунальной гигиены началось в Минском государственном медицинском институте в 1968 году после организации кафедры специальной гигиены. Приказом ректора №205-пр от 25.06.1982 кафедра специальной гигиены переименована в кафедру коммунальной гигиены с курсом гигиены труда, с 1986 года – кафедра гигиены труда. Возглавляли кафедру в 1982-1985 годах доцент Шпилевский Эдуард Михайлович, доцент Бодяко Валентина Сергеевна в 1985-1988 гг., профессор Олешкевич Леонид Александрович в 1988–2006 гг. С 2006 года кафедрой заведует доцент Семенов Игорь Павлович.

С первых лет становления кафедры и по настоящее время учебно-методическая работа постоянно сочетается с научной деятельностью сотрудников, что позволяет совершенствовать учебный процесс и осуществлять подготовку научно-педагогических кадров.

Под руководством доцента В.С. Бодяко и с активным участием доцента Л.М. Бондаренко совместно с Институтом торфа АН БССР на протяжении 15 лет выполнялись комплексные исследования по токсиколого-гигиенической оценке антиадгезионных смазок для производства пенополиуретанов с внедрением их на ряде автомобильных заводов бывшего СССР. Совместная работа химиков, токсикологов и гигиенистов позволила на практике осуществить один из принципов гигиенического нормирования – принцип этапности: на стадии лабораторной разработки составов проводить отбор смазок с низкой биологической активностью, затем оценить условия труда и состояние здоровья работающих при их промышленном производстве и применении с разработкой мероприятий по оздоровлению условий труда.

Выполнение кандидатских и докторских диссертаций профессором С.М.Соколовым и профессором В.П.Филоновым позволило разработать научные основы гигиенического регламентирования сложных газоаэрозольных композиций в экспе-

риментальных и натурных условиях для комплексной гигиенической оценке влияния на здоровье населения загрязнений атмосферы и обосновать воздухоохраные оздоровительные мероприятия.

Вопросу повышения качества планировки, строительства и оптимизации воздушной среды в ожоговых центрах была посвящена диссертация на соискание ученой степени кандидата наук доцента В.В. Дробени.

На протяжении ряда лет доцентами Л.М. Бондаренко и О.В.Дубаневич, ассистентом В.С. Тихон выполнялся большой объем исследований по токсикологической оценке препаратов бытовой химии, минеральных масел, клеевых составов и др., что позволило внедрить в отрасли народного хозяйства республики новые гигиенически безопасные химические препараты.

Выполнение кандидатской диссертации И.П. Семеновым позволило разработать систему оздоровительных мероприятий для рабочих камвольных производств. Это нашло свое отражение во внедренных в практику санитарно-эпидемиологической службы нормативных технических правовых актов для предприятий текстильной промышленности и оценке аллергологического статуса работающих.

Кафедра активно участвовала в выполнении ГНТП «Лечебные и диагностические технологии», раздел «Стоматология и челюстно-лицевая хирургия» и проводила исследования новых имплантационных материалов, разрабатываемых Институтом органической и неорганической химии Национальной академии наук Республики Беларусь. Проведена токсикологическая оценка и определение биосовместимости с тканями организма более 20 материалов стоматологического назначения, подготовлены токсикологические паспорта для составления технических условий и выданы разрешения на проведение клинических испытаний. По результатам исследований защищены две кандидатские диссертации О.В. Дубаневич и Т.И. Петровой-Соболь.

Выявлению значимых алиментарных факторов риска, разработке принципов и подходов коррекции статуса питания больных острым панкреатитом посвящена кандидатская диссертация доцента кафедры Э.И. Леоновича. В результате проведенных исследований разработаны программы рационального полного парентерального и частичного энтерального питания для больных с указанной патологией.

В настоящее время кафедра проводит токсиколого-гигиенические исследования новых химических веществ, внедряемых в различные отрасли народного хозяйства. Так, в рамках ГНТП «Агрокомплекс – возрождение и развитие села» и ряда других программ проведена первичная токсикологическая оценка более 30 образцов новых минеральных удобрений, разработанных Республиканским унитарным предприятием «Институт почвоведения и агрохимии», на которые были разработаны токсикологические паспорта для проведения полевых испытаний удобрений и внедрения их в сельское хозяйство.

Сотрудники кафедры регулярно публикуются в научной печати, активно занимаются экспертной деятельностью, рецензируя диссертации на соискание ученых степеней, проекты НИР, научные отчеты, принимают участие в научных сессиях, семинарах, конференциях, съездах. С 1995 по 2005 год профессор Л.А.Олешкевич являлся председателем, а доцент Л.М.Бондаренко секретарем совета Д 03.18.06 по защите докторских диссертаций по специальности 14.00.07- гигиена.

В соавторстве с сотрудниками ГУ «Республиканский научно-практический центр гигиены» опубликованы монографии: «Шумовое загрязнение городов – акустический стресс населения» (профессор Л.А. Олешкевич, профессор В.П. Филонов, профессор С.М. Соколов, 1997 г.), «Медико-экологические проблемы низкочастотных акустических колебаний в окружающей среде» (профессор Л.А.Олешкевич, профессор В.П.Филонов, профессор С.М.Соколов, заведующий лабораторией Худницкий С.С., ведущий научный сотрудник А.А.Запорожченко, 1999 г.). По результатам научных исследований профессором Л.А.Олешкевичем и доцентом Л.М.Бондаренко получен ряд патентов на изобретения.

Большое внимание на кафедре уделяется совершенствованию учебного процесса и методической работы. Для повышения уровня подготовки студентов и научно-методического уровня профессорско-преподавательского состава между кафедрой гигиены труда и ГУ «Республиканский научно-практический центр гигиены» в 2008 г. за-

ключен бессрочный договор о сотрудничестве. Это позволило сотрудникам кафедры активно участвовать в разработке и рецензировании технических нормативных правовых актов, внедряемых в практику санитарно-эпидемиологической службы республики, участвовать в научных семинарах и конференциях, готовить научных работников высшей квалификации для кафедры на базе центра. Ряд студенческих научно-исследовательских работ выполняется в лабораториях центра. Закреплению полученных на кафедре теоретических знаний способствует проведение лабораторных и практических занятий со студентами с участием сотрудников центра на базе его отделов и лабораторий.

В процессе обучения на кафедре студенты проводят обследование условий труда на крупнейших промышленных предприятиях республики: Минский тракторный завод, Минский автомобильный завод, завод холодильников и др. При проведении занятий на базе центров гигиены и эпидемиологии Минска студенты получают практические навыки проведения государственного санитарного надзора в области коммунальной гигиены и гигиены труда.

Кафедра гигиены труда является разработчиком типовых учебных программ по коммунальной гигиене и гигиене труда для студентов медико-профилактического факультета, по которым осуществляется преподавание указанных дисциплин в медицинских вузах республики.

Учебный процесс на кафедре тесно связан с воспитательной работой. По инициативе кафедры гигиены труда в 2006 году совместно с гигиеническими кафедрами была проведена первая олимпиада по гигиене для студентов, теперь это уже ежегодные интеллектуальные соревнования студентов не только БГМУ, но и других медицинских вузов. Большое внимание уделяется не только интеллектуальному, но и культурному воспитанию и организации досуга студентов. Кафедра совместно со студенческим профкомом студентов неоднократно организовывала туристические поездки по республике (Гольшаны, Раков, поместье Огинских, Мир, Беловежская пуща, Хатынь, линия Сталина и др.) и другим странам (Франция, Германия, Швеция, Финляндия, Австрия, и др.).

Учебно-методическая, научно-исследовательская и воспитательная работа на кафедре гигиены постоянно совершенствуется, сохраняя добрые традиции ее основателей, и позволяет готовить студентов по современным педагогическим технологиям с учетом достижений гигиенической науки и актуальных требований профилактической медицины.

ТВОРЧЕСКИЙ ПУТЬ СЕМЕНА ЕФИМОВИЧА ШПИЛЕНИ

Чурилов Л.П., Строев Ю.И.

Санкт-Петербургский государственный университет (Россия)

Семен Ефимович Шпилень родился в 1916 г. в Белорусском Полесье (Стародорожский район Минской области) в крестьянской семье. Он любил рассказывать об уникальной природе Полесья, о том, как в детстве помогал семье, будучи деревенским пастушком. По-видимому, это поспособствовало тому, что он с юных лет увлекся ботаникой. Поэтому в 1936 г. он поступил на биологический факультет Ленинградского педагогического института им. А.И. Герцена, где преподавали маститые ученые-биологи, в частности, академики Ю.И. Полянский и Ф.Д. Сказкин, перед которыми студент Семен Шпилень буквально благоговел. Вот как описывает он свои встречи с академиком Ю.И. Полянским.

«Вот входит в аудиторию молодой профессор и окидывает взглядом студентов. Устанавливается какая-то уважительная теплота аудитории и лектора. Все с восторгом слушают Юрия Ивановича. Для меня эти лекции были особенно памяты. Ведь я приехал в Ленинград из белорусской глубинки, для меня профессор представлялся каким-то необычным, можно сказать мифическим существом. А здесь я вижу что-то притяга-

тельное, человеческое и между тем возвышенное... Особенно запомнились взгляд и глаза Юрия Ивановича во время экзамена по генетике. Я боялся идти к нему на экзамен. Боялся, потому что если я сорвусь, то будет стыдно перед моим любимым профессором. Но меня толкнули студенты – и я пошел. Вопросы попались сложные, с задачей по генетике. Сосредоточившись, я подготовился к ответу. Начинаю отвечать, изредка поднимаю голову и смотрю на профессора. И вот совершенно подсознательно, каким-то седьмым чувством улавливаю в глазах экзаменатора отцовскую нежность. Это еще больше взволновало меня. Закончил ответ, решил задачу и ожидаю дополнительных вопросов. Профессор держит в руках зачетную книжку и молчит, потом встает из-за стола, подходит ко мне и спрашивает, откуда я приехал. Отвечаю: “Из белорусского Полесья”. Затем Юрий Иванович задает вопрос: “А Вы не желаете заняться наукой?” Мне сразу было трудно ответить, так как это казалось мне несбыточной мечтой. Но Юрий Иванович подбодрил меня и сказал: “Вы можете и должны заняться наукой. На нашем факультете есть где и есть у кого всерьез заняться наукой. Подумайте об этом”. Потом берет зачетку, ставит “пять” и поздравляет. Я ушел радостным и несколько подавленным, так как переживал – достоин ли я такого внимания, такого отеческого взгляда? Эта первая встреча с чудесным профессором определила мой жизненный путь, путь в науку».

Поэтому уже в студенческие годы С.Е. Шпиленья стал заниматься научными исследованиями по физиологии растений, а по окончании института был оставлен в аспирантуре. Его научным руководителем стал замечательный ученый и педагог академик Ф.Д. Сказкин.

Академик Ю.И. Полянский приглашал аспиранта С.Е. Шпиленью на научные заседания: «... в октябре 1939 года я был на заседании, на котором обсуждались итоги совещания, проведенного журналом “Под знаменем марксизма-ленинизма” по дискуссионным вопросам биологии. Заседание проходило в Географическом обществе с участием академика Н.И. Вавилова и Ю.И.Полянского. Мне запомнились научно аргументированные корректные выступления участников совещания, доказывающих несостоятельность научных концепций Лысенко...». Но в 1941 году учеба прервалась – началась Великая Отечественная война. Вот как об этом пишет С.Е. Шпиленья: «В первые дни войны формируется батальон института им. Герцена из народных ополченцев. Во дворе института идет запись добровольцев, первым среди них – профессор Юрий Иванович Полянский. Он имел броню, но пошел на фронт по зову сердца. Какой это был вдохновляющий пример для студентов, аспирантов и преподавателей!». Поэтому уже с первых дней войны студент С.Е. Шпиленья вместе с академиком Ю.И. Полянским ушел добровольцем на фронт в дивизию народного ополчения, где был солдатом, а позже – санитаром в медсанбате, выносил раненых с поля боя. В марте 1942 г. его взяли в санитарный отдел 67-й армии, где вскоре назначили начальником. Он принимал непосредственное участие в боях, неоднократно выполнял боевые задания, ходил в разведку на легендарном Невском пятачке и на Невской Дубровке. А далее были блокада Ленинграда, снятие блокады, бои по освобождению от фашистов Ленинградской области и Прибалтики. Таким был боевой путь С.Е. Шпилени в составе 67-й армии. За ратные подвиги он был награжден четырьмя боевыми орденами, двумя медалями «За боевые заслуги», медалью «За оборону Ленинграда», а позже многими другими медалями и почетными знаками, среди которых он особенно ценил нагрудный знак «Ветеран Невского пятачка».

Вскоре после окончания войны его пригласили в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова на кафедру биологии и паразитологии, где он прошел школу всемирно известного ученого – академика Е.Н Павловского. В 1948 г. он стал членом Всесоюзного Ботанического общества. В ВМА им. С.М. Кирова он преподавал биологию. Известный ученый, воспитанник ВМА им. Кирова профессор М.М. Кириллов вспоминает: «Вел занятия по биологии молодой подполковник м/с Шпиленья». Здесь С.Е. Шпиленья приобрел ученые степени и звание доцента.

В 1963 году он был избран по конкурсу на должность профессора, заведующего кафедрой медицинской биологии Ленинградского педиатрического медицинского института (ныне – СПбГПМУ). Здесь с особой полнотой проявился его талант ученого и преподавателя, воспитателя будущих врачей. Под его руководством в научных исследова-

дованиях кафедры усилилась медицинская направленность. Основной темой научных изысканий стало «Изучение лекарственных и ядовитых растений Северо-Запада России и их значения в педиатрии». Эти исследования нашли признание и широкое применение в практике. Одновременно продолжались начатые ранее работы по изучению гормональных препаратов, по эпидемиологии болезни Дауна и по зоологической тематике с экологической, паразитологической и эпидемиологической направленностью. Под его руководством сотрудниками кафедры было выполнено 5 кандидатских диссертаций, пришли в науку и окрепли как преподаватели С.Н. Оленев, Е. Г. Краснодембский, Н.С. Абдукаева – впоследствии видные биологи, профессора и доценты. Профессор С.Е. Шпиленья – признанный авторитет в области изучения лекарственных и ядовитых растений и грибов. Его перу принадлежат 5 монографий и около 200 других научных работ. Широко известны его научные и научно-популярные книги: «Ядовитые растения /отравления в детском возрасте» (1977), «Азбука природы» (1983, 1989), «Дикорастущие растения и грибы» (1994), «Лекарственные ресурсы океана /Человек и океан. Атлас (1996), «Отравления ядовитыми растениями / Клиническая токсикология детей и подростков» (1999). Им выполнено уникальное социо-экологическое исследование о путях миграции одуванчиков во время II мировой войны. Некоторые из трудов С.Е. Шпилени переведены на иностранные языки.

С.Е. Шпиленья был талантливым лектором. Невозможно забыть первую лекцию по истории биологии в его исполнении: на доске по углам появлялись великие имена – Дарвин, Кювье, Ламарк, Мендель. Ну а в самом конце, скромно: «А меня зовут Семен Ефимович Шпиленья» – и соответствующая надпись в центре доски. Наука в его исполнении была чем-то по-отечески близким, имела симпатичное человеческое лицо и приглашала запросто, по-доброму – попробовать себя, приобщиться к ней. Известна его крылатая фраза: «Что такое Советская Власть? Это когда я, белорусский пастушок Сёма Шпиленья стал профессором биологии». Шпиленья был вдохновителем городской студенческой медико-биологической олимпиады и постоянным тренером институтской сборной, которая ее выигрывала. Он был неперенным участником всех институтских торжеств и пользовался исключительным авторитетом и искренней любовью студентов. Вот как вспоминает об этом его ученик врач-писатель Сергей Иванов: «Шпиленья Семен Ефимович, биолог, один из любимых наших профессоров, кричит в микрофон: «Мне приятно было первым встретить вас в институте и последним проводить на сегодняшнем вечере!..». Мы в ответ награждаем его оглушительным «ура». Семен Ефимович стал героем студенческого фольклора – скетчей, стихов, капустников целых поколений студентов-педиатров. В них он то под именем «Симеона Ефремовича» получает комичные письма с места распределения от своего незадачливого ученика-хирурга, то фигурирует в разудалой песне: «Лекцию по биологии ведет Семен Ефимович Шпиленья / Доносятся из "пятерки" даты рожденья...».

Особое внимание профессор Шпиленья уделял учебно-методической работе. На руководимой им кафедре постоянно совершенствовался учебный процесс, издавались многочисленные учебные пособия, которые широко использовались другими медицинскими вузами страны. При нем был расширен кафедральный музей, и организован питомник лекарственных растений. С.Е. Шпиленья многие годы принимал деятельное участие в подготовке учебных программ по биологии для медиков страны. Им было впервые в педиатрическом образовании начато преподавание основ экологии, разработан курс лекций по экологии человека и педиатрической экологии, а кафедра явилась инициатором межкафедральной программы по этому направлению. С.Е. Шпиленья выполнял множество общественных и партийных поручений, но с особым вниманием относился к своей последней работе председателя Совета ветеранов института, а впоследствии был избран почетным ветераном. Он был также почетным членом Ученого совета СПбПМА и до последних дней участвовал в его работе.

Семен Ефимович прожил со своей женой Евгенией Петровной почти 59 лет. Они вырастили двух сыновей (Леонида и Евгения), которые пошли по стопам отца, стали профессорами-медиками и являются признанными специалистами в наркологии и урологии.

Профессора С.Е. Шпиленью всегда отличали редкостное трудолюбие, благородство, порядочность, доброжелательность, заботливое отношение к сотрудникам и уче-

никам, патриотизм, человечность. Он воплотил многие лучшие черты, характерные для людей его эпохи.

В 1998 г. почетный член Ученого совета Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, ветеран Невской Дубровки и Невского пятачка, полковник медицинской службы в отставке, профессор Семен Ефимович Шпиленья ушел из жизни.

На смерть учителя, постигшую нас в крайне трудные для страны годы, один из его учеников – врач-пульмонолог и поэт, Илья Зыков написал проникновенное стихотворение, где есть такие строки: «Мы спустили надежд небеса / И сошла поколений роса, / Облака наполняя тугие... И душа, одуванчика пух / Опасается высказать вслух / Что сошла вековая тоска».

Учитель многих тысяч детских врачей похоронен в Санкт-Петербурге в центральной части известного Волковского кладбища. Мир его праху!

Жители Белоруссии тоже не забывают своего земляка. Так, решением Стародорожского исполнительного комитета от 25 апреля 2012 г. № 193 «Об установлении специальных стипендий» предусмотрены стипендии для учащихся, среди которых – стипендия имени доктора биологических наук С.Е. Шпилени. А в музее Янки Купалы в Минске в заключительном зале экспозиции можно видеть витрину, где хранятся книги народного поэта, принадлежавшие выдающимся белорусам. Рядом с томиками с автографами космонавта П.И. Климук (р. 1942) и политического деятеля П.М. Машерова (1918–1980) – сборник стихов с надписью: «Эта книга была со мною в блокадном Ленинграде. Полковник м/с доцент С.Е. Шпиленья».

Семен Ефимович Шпиленья оказывал своим обаянием, «уважительной теплотой», унаследованной им от учителей, большое влияние на всех, кому довелось у него учиться и работать рядом с ним. И главное, что он давал нам, молодым людям – веру в себя, в свои силы, в возможность при поддержке настоящих учителей пройти с честью трудный и большой творческий путь.

ИСТОРИЯ ПОЯВЛЕНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

Чухрай А.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Удаление зубов является самой древней из стоматологических процедур. На протяжении веков и тысячелетий единственный способ избавиться от зубной боли заключался в удалении больного зуба.

Первыми изготовителями инструментов для удаления зубов были оружейники, кузнецы и ювелиры. Наиболее раннее упоминание об инструментах для удаления зубов приведено в трудах «СушрутаСамхита» древнеиндийского врача Сушруты. Он рекомендовал использовать рычаги, напоминающие современный элеватор, которые отличались плоскими кончиками в форме стрелы, а также специальные щипцы «данта-санка», щечки которых напоминали морду кошки или шакала.

В Древней Греции для удаления зубов использовали щипцы, изготовленные из бронзы или свинца, о чем свидетельствуют упоминания в трудах Гиппократов. Щипцы состояли из длинных ручек, замка и закругленных щечек. Анализ их конструкции свидетельствовал о том, что форма щечек не соответствовала анатомической форме зуба и не позволяла прилагать большую силу при удалении устойчивых зубов. Кроме того, инструменты из бронзы были слишком мягкими и годились лишь для удаления подвижных зубов.

В дальнейшем щипцы стали изготавливать из железа. В работах Аристотеля (IV век до н.э.) описан железный зубохирургический инструмент «одантагра», которым рекомендовалось удалять как подвижные, так и устойчивые зубы.

Способ удаления зубов впервые описан древнеримским врачом Цельсом (I век

до н.э.). Он заключался в отслаивании десны скальпелем, последующем расшатывании зуба и его удалении. Данная методика не претерпела существенных изменений и используется в хирургической стоматологии в настоящее время.

Абу-л-Касим Халаф ибн' Аббас аз-Захрави (936-1013) – известный в Европе под именем Абулькасима из Кордовского халифата. Историки называют его «связующим звеном» между античной медициной и медициной европейского Возрождения. Труды ученого изложены в 30 томах; основной интерес представляет последний том, посвященный хирургии и хирургическим инструментам. Он разработал новые хирургические инструменты (более 150) и является единственным автором античности и раннего средневековья, который их описал их конструктивные особенности, методики применения и представил в рисунках. Эта книга до XVI века оставалась основным учебником по медицине в мусульманских и европейских университетах.

Абу-л-Касим аз-Захрави рекомендовал удалять зубы только в случае безуспешного консервативного лечения. Он использовал щипцы из закаленной (дамасской) стали двух разновидностей: тонкие для расшатывания зубов, имевшие длинные щечки и ребристую шероховатую рабочую поверхность для предупреждения соскальзывания с зуба, и большие для удаления зубов, более массивные, с короткими щечками и с зубцами, заходящими один в другой, для надежного захвата зуба. Для удаления корней Абу-л-Касим аз-Захрави рекомендовал использовать корневые щипцы, напоминающие по форме клюв фазана или бекаса. Он также разработал конструкции различных рычагов в виде простого прямого стержня с маленьким грубым острием с треугольной, вилкообразной, крючковидной формой. Для предупреждения в процессе удаления раскола зуба с большим дефектом твердых тканей Абу-л-Касим аз-Захрави использовал методику уплотнения полости тканью с помощью зонда.

Стоматология в Древнем Египте находилась на достаточно низком уровне развития. Состояние зубов большинства египтян было плохим, стоматологические заболевания могли быть даже причиной смерти. Больной зуб, как правило, удалялся, в качестве обезболивающего средства использовался опиум.

В течение многих веков хирургия зубов и полости рта развивалась медленно, вне медицинской науки и практики, оставаясь одним из разделов зубоврачевания. Важную роль в его развитии сыграл Амбруаз Парэ. В XVI в. он являлся придворным хирургом при королях Генрихе II, Франциске II, Карле IX и Генрихе III. Парэ сконструировал инструменты для удаления зубов, определил показания и противопоказания к этому вмешательству, разработал технику некоторых операций, в том числе реплантацию зуба, ввел метод захвата кровоточащего сосуда хирургическим инструментом и его лигирование. Амбруазу Парэ принадлежит ряд инноваций: создание учения об огнестрельных ранах, отказ от варварских методов их лечения – заливки кипящим маслом.

Большое значение в развитии хирургической стоматологии имели открытые в Италии, Франции, Швейцарии, Германии университеты, в которых проходила подготовка хирургов. С развитием общей хирургии начала развиваться пластическая хирургия, однако запреты церкви почти на два столетия приостановили развитие хирургии полости рта, восстановительных операций на лице.

В XVII веке методика удаления зуба существенно не отличалась от той, которая была предложена Абу-л-Касимом аз-Захрави. В этот период удалением занимались цирюльники, банщики, кузнецы. Они стали использовать щипцы, предназначенные для удаления верхних зубов, напоминающие по форме клюв аиста, и нижних зубов, похожие на клюв вороны. Однако у щипцов по-прежнему оставались толстые щечки, которые препятствовали продвижению их под десну, плотному охватыванию коронки, что зачастую приводило к перелому зуба, и другие элементы конструкции, превращающие лечение зубной боли в агрессивное воздействие, ведущее часто к повреждениям мягких тканей и челюстей, при том что местная анестезия не была распространена. Например, щипцы Эванса (1850) имели расширяемый винт, который с помощью лезвия внедрялся в корень зуба. Состоятельные врачи могли позволить себе пользоваться инструментами для удаления зубов, инкрустированными драгоценными камнями или слоновой костью, и к 1800 году это было обычным явлением при обслуживании состоятельных пациентов. Использование щипцов для удаления зубов не всегда было успешным, поэтому их применяли с осторожностью. Это обуславливает редкое исполь-

зование щипцов и то, что их конструкция существенно не изменилась до середины XIX века.

Наряду со щипцами, для удаления зубов стали появляться принципиально новые инструменты с опорным стержнем (пеликан, козья ножка, костное зубило, рычаг Дугласа), с созданием которых стала развиваться опорная техника удаления зубов.

Первый известный инструмент, изобретателем которого был GuydeChauliac, создан в XIV веке и использовался до конца XVIII века. Название зубной пеликан он получил из-за сходства с клювом пеликана. Инструмент состоял из вращающегося когтя, установленного на валу в регулируемом слоте. Зуб фиксировался между лапой и головой вала, затем выдергивался. В XIX веке на смену пеликану пришел зубной ключ (1810). Механизм удаления зуба напоминал движения ключа в замочной скважине: коготь на конце вала был разработан таким образом, чтобы схватить больной зуб и вращать его. Такой метод часто приводил к вывиху соседних зубов, травмам мягких тканей и переломам челюсти. Другой инструмент – козья ножка (1700), своим дважды заостренным кончиком напоминал копыта козы — использовался в сочетании с другими устройствами. Его целью было извлечение остатков корней зубов, так как инструментом типа пеликан часто не удавалось удалить весь зуб и корень. Иногда его применяли, чтобы ослабить зуб до удаления другими инструментами.

Для развития хирургического аспекта зубо врачевания в XVIII в. во Франции большое значение имела деятельность Пьера Фошара. В 1728 г. вышла в свет его книга «Lechirurgien-dentisteoutraitedesdents» («Хирург-дантист, или трактат о зубах»), своего рода первое руководство по стоматологии, в котором изложены вопросы зубо врачевательной хирургии. Фошар впервые рекомендовал сажать больного на кресло и становиться самому с правой стороны или позади пациента. Беременность он не считал противопоказанием к экстракции, но не советовал удалять во время сильной боли или существующей припухлости. Основные показания к удалению зубов не отличались от уже описанных Амбруазом Паре: не поддающиеся успокоению боли, опасность заражения соседних зубов, дурной запах изо рта. К ним Фошар добавил еще один пункт, наличие которого свидетельствует о его клиническом мышлении: экстракция показана, когда существуют болезни, которые, возможно, исходят от зубов (фокальная инфекция). Экстракционные инструменты Фошара существенно не отличались от инструментов Паре, Рифа и других врачей XVI века (пеликан с меняющимися крючками, перекидной рычаг, универсальные изогнутые щипцы, козья ножка и др.)

В феодальной и крепостной России развитие хирургии зубов и полости рта шло медленнее, чем в странах Европы, стоматология не контролировалась государством. Основная масса населения пользовалась услугами цирюльников, банщиков, знахарей и других лиц без медицинского образования, умевших накладывать пломбы, укреплять зубы проволоочными «шинами», удалять зубы, обеспеченные слои населения получали помощь у частнопрактикующих врачей.

Хирургическое ремесло и народная медицина подготовили почву для развития зубо врачевания в России в XVIII в. Прогрессивную роль сыграли реформы Петра I, результатом которых стало появление в 1710 году звания «зубной врач». Он сам производил некоторые хирургические операции, в том числе удалял зубы. При Петре I впервые в России в 1718 году был построен завод по выпуску хирургического инструментария и мастером Потаповым сконструирован набор инструментов для удаления зубов.

Первая госпитальная школа была открыта по указу Петра I (в наше время – Главный военный госпиталь им. Н.Н. Бурденко). Таким образом, 1707 г. – год постройки госпиталя – можно считать датой начала отечественного высшего медицинского образования. Учащиеся госпитальных школ изучали анатомию, физиологию, оперативную хирургию, фармакологию, неврологию, зубо врачевание с челюстно-лицевой хирургией и челюстно-лицевой травматологией. С этого времени и до 1810 г. зубные врачи готовились только в порядке ученичества у дантистов-иностранцев.

Первым руководителем госпитальной школы был голландский врач Н.Л. Бидлоо (1670–1737), которого в 1702 г. Петр I пригласил в Россию и сделал своим личным врачом. Им был написан труд «Наставления для изучающих хирургию в анатомическом театре» (1710), включающий информацию о лечении зубов: подпиливание с помощью напильника, «очищении зубов», прижигании (при острой зубной боли). Показа-

ниями к удалению были: «зуб гнилой», «зуб шатается», «лишний зуб». Для лечения использовали зубной скальпель, соскабливающий скальпель, для удаления зубов – «пеликан», «овечью или баранью ногу», «репульсорий для расшатывания зубов», «зубчик», «вороний клюв», элеватор.

Таким образом, основные принципы конструкции хирургических инструментов для удаления зубов, разработанные ещё в древности, сохранились и до настоящего времени, претерпев незначительные изменения.

ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Чухрай И.Г., Луцкая И.К.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Гигиене полости рта отводилось важная роль уже в древние времена. Так, китайские врачеватели заметили, что кариес можно приостановить, если после еды удалять остатки пищи. Поэтому самыми первыми приспособлениями для ухода за полостью рта стали приспособления для удаления остатков пищи.

Зубочистки. Веточки или щепки с заостренным концом использовались еще древним человеком для удаления пищи из межзубных промежутков, о чем свидетельствует значительная интерпроксимальная потеря кости в антропологических находках. Целью первобытных людей, возможно, являлась не чистка зубов, а просто избавление от неприятного субъективного ощущения. Со временем зубочистка стала частью набора личной гигиены наряду с депиляторным пинцетом и ложечкой для удаления ушной серы. Первые зубочистки найдены при раскопках гробниц IV-III веков до н.э. в Северной Италии, Восточных Альпах, в Англии и Крыму. Самый известный первый туалетный набор был обнаружен в могиле месопотамского короля и датируется 3 000 годом до н.э. Несомненно, что в древнем Риме, но в более позднем периоде применение зубочисток было известно, что доказывается существованием слова *dentiscalpium*. В древней Греции для этой цели пользовались соломинками, перьями, камышинками и т.д. Настоящее греческое слово зубочистка встречается у Горация, врача XVI века. Древнейшие указания о применении зубочистки имеются у греческого писателя *Alciphron's* (II век до н.э.). Диадор Сицилийский рассказывает об отравлении Агафона (тирана Сиракузского) пропитанной ядом зубочисткой, поданной ему Менонном. Римский писатель *M. Valerius Martialis* (40-103 г.) четыре раза упоминает о зубочистке (*Zentiscus* – мастичное дерево, из ветвей которого изготавливались зубочистки). Широкое применение зубочистка получила в Риме, во время великих императоров (Петрония, *Spinaargentea* Нерона). В древнем Китае зубочистка тоже была известна по найденным древним зубочисткам из бронзы. Далее в Европе следовал упадок культуры (переселение народов, крестовые походы), и сведения о зубочистке исчезают до XIV-XV столетия, когда про них опять упоминается у миннезингеров, в *Tischzuchten* и т.д. В Германии *Zahnstacher* впервые вводится в латинско-немецком словаре *Martin Mutius's* (1579). В Англии слово *toothpick* часто встречается у Шекспира. Во Франции слово *curedents* появляется около 1487г., а само применение зубочистки распространяется около 1590г. Ремесленники ввели в моду золотую зубочистку, помещенную в золотой футлярчик конической формы, богато украшенный филигранью. Разновидности этого туалетного набора были обнаружены по всей Европе, на Ближнем Востоке и в Восточной Азии. Римляне часто подавали гостям зубочистки вместе с ложками и ножами. Складные обеденные приборы состояли из вилки с шарниром, на зубья которой надвигалась ложка, а в черенке находилась зубочистка. Туалетные приборы могли включать охотничий свисток, ушную ложку и зубочистку. У баронессы Ротшильд (Париж) имеется богатое кольцо с зубочисткой той эпохи. В XVII столетии зубочистки теряют свое значение как предмет роскоши, и приобретают практический смысл (иногда в виде карикатурной складной фигурки). В XVIII столетии внешний вид зубочи-

стки мало изменился, но её уже носят в более или менее художественно украшенных футлярах. До настоящего времени сохранились зубочистки Шиллера. В литературе XIX века о зубочистке имеется мало сведений. Только в частной коллекции Fiqdor (Вена) имеются интересные кольца для салфеток из гобеленообразных вышивок, скрепляемые зубочистками, и зубочистки, обшитые цветным стеклярусом

Жевательная палочка (miswak или siwak). Использование жевательной палочки – древняя домусульманская традиция. В соответствии с религиозными источниками Мухаммед был активным сторонником ее использования в качестве «очищающего средства рта». Он разработал правила и ритуалы эффективного использования miswak. Один из биографов Мухаммеда писал: «Даже приход смерти не остановит пророка от необходимости потребовать miswak, так как она отбеливает зубы, делает прозрачным ум, освежает дыхание, гасит желчь, уменьшает слюноотделение, укрепляет десны, делает ясным взгляд, обостряет зрение, очищает кишечник и возбуждает аппетит». Мусульмане на протяжении столетий используют miswak, для многих это не только средство гигиены, но и духовная привычка. В большинстве случаев он применяется в качестве чистящего вещества, как зубная щетка без зубной пасты. Заостренная веточка также использовалась в Японии и на индийском субконтиненте. Конец ее делали тонким и плоским, для того чтобы он также служил и скребком для языка. В Индии в V веке до н.э. пользовались очищающей зубы палочкой. К данному периоду относится методика гигиены полости рта, описанная индийским врачом Сушрута: «Встав рано со сна, следует почистить зубы щеткой. Щетка делается из свежей, не тронутой червями, ветки дерева или куста без узлов, длиной в 12 пальцев и толщиной в мизинец, которая зубами расщепляется на конце в виде кисточки. Кроме щетки, ежедневно применяется также мед, растительные масла. Каждый зуб чистится отдельно, причем следует избегать повреждения десны».

Зубные щетки. Большинство историков считает, что первые зубные щетки (набор свиных щетинок, зафиксированных в кости вола) появились в конце XV века в Китае. Однако существуют данные, что уже в 1 000 г китайцы использовали в качестве зубной щетки ручки для щетинок из слоновой кости и щетину из волоса конской гривы. Щетка из щетины была повторно изобретена в конце XVIII- начале XIX века, но из-за высокой цены не нашла широкого применения до конца XIX века. В первой половине XX века в США в среде бедных людей была распространена семейная зубная щетка. Общие зубные щетки можно было встретить в интернатах и общежитиях колледжей. Состоятельные люди не только быстро включили зубные щетки в свои туалетные наборы, но и возвели ручки зубных щеток до произведений искусства. Высоко ценились богато украшенные ручки из драгоценных металлов. В конце 1930г. менее дорогие нейлоновые волокна стали вытеснять натуральную щетину, дерево и пластмасса заменили костяные ручки, и зубные щетки стали достаточно дешевыми, чтобы быть доступными фактически для всех. Спор вокруг щетки с жесткой щетиной против щетки с мягкой щетиной существует среди стоматологов давно. Hirshfeld в своей книге «Зубная щетка: её употребление и злоупотребление» цитирует сторонников обеих точек зрения. Gariot попытался найти компромисс в 1843г.: «Щетки должны варьировать в зависимости от их назначения. Представительницам слабого пола, которые следят за своим ртом и чьи зубы легко чистятся, следует использовать мягкую щетку. Мужчины, которые чистят зубы редко, нуждаются в жестких щетках». Вариации на тему жестких и натуральных щетин существовали до конца 1930 г., т.е. до тех пор, пока стала широко использоваться пластмасса для ручек и нейлон для щетины. К концу 60-х годов XX века с ростом осведомленности об опасностях истирания эмали и рецессии десны, стоматологи стали рекомендовать населению выбирать зубные щетки с мягкой нейлоновой щетиной. В конце XIX века была предложена первая электрическая щетка. Сообщали, что «через ручку электрической щетки доктора Scott проходит электромагнитный ток, который сразу же действует без всякого шока на нервы, ткани зубов и десны, останавливая распад и восстанавливая естественную белизну зубов».

Современные зубные щетки, работающие на энергии, были впервые представлены с 60-х годов XX века, затем последовало огромное число модификаций. Они включают вибрирующие и вращающиеся щетки, а так же «звуковые».

Скребки для языка. При раскопках на территории Китая в 1998г. был найден на-

бор средств гигиены ежедневного применения, включавший в себя скребки для очищения языка, который принадлежат периоду династии Цинь. Данные средства гигиены имеют помимо исторической ценности, еще и высокое художественное значение. Материал представлен серебром с толстым слоем золотого напыления, которое использовалось при изготовлении средств гигиены для состоятельных людей. Другая историческая находка – фарфоровая лопаточка для чистки языка, которая принадлежала императрице Марии Федоровне (1759-1828) и в составе туалетного набора была подарена ей и Павлу I Людовиком XVI и Марией Антуанеттой во время посещения Франции. Известен скребок для языка императора Александра I, созданный по рисунку А. Воронихина в 1812 году, материалом служил панцирь черепахи. Одним из первых документальных подтверждений применения скребка как механического средства очистки языка и слизистой является «Канон врачебных наук» Авиценны, написанный в XI веке. Он писал, что «источником зловония являются либо десны и язык вследствие возникшего загнивания или рыхлости, оболочка рта вследствие ее дурной натуры, изменяющей жидкости». Авиценна рекомендовал наряду с медикаментозным лечением чистить язык и слизистую кипарисовыми шишками, использовать зубочистки и скребки из горьких, открывающих соки деревьев, таких как арак и масличное дерево. Материал, рекомендуемый Авиценной, до наших времен не сохранился. В то же время в Европе Парацельс (Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст из Гонгейма) в своих трактатах о медицине (Гартман Ф., 1998) пишет о болезнях, вызванных ядами и шлаками, проникающими в организм различными путями. Три невидимых субстанции, образующие физическое тело человека, символизируются «серой, ртутью и солью». «Сера» по Парацельсу – это излучения и эфиры. Сернистые газы, являясь, результатом разложения остатков белков анаэробными бактериями, приводят к развитию неприятного запаха изо рта. В тот же исторический период – в XV веке ученый врач Армении Амирдовлат Амасиаци в своей книге «Ненужное для неучей» также уделял большое внимание механической чистке языка в сочетании с медикаментозной обработкой.

В XIX веке профессор К.Э.Бок в своем труде «Книга о здоровом и больном человеке» характеризовал язык, как орган вкуса, который может очень легко сделаться непригодным для вкусовых отправлений при изменениях слизистой оболочки, и подчеркивал необходимость очищать полость рта, а также время от времени соскабливать налет на языке.

Для скребков, изготовленных в странах Европы, характерна костяная петлевидная рабочая часть. Некоторые скребки были универсальны – выполняли одновременно функции скребка для языка и зубочистки или скребка для языка и для слизистой щек. В странах Востока, в частности в Китае, рабочая часть выполнялась также петлевидной формы, но из серебра или позолоченного серебра. Для скребков, изготовленных в России, присуща совершенно неповторимая форма – в виде ложки. Рабочая часть, содержит несколько полукруглых вырезов (от 5 до 7), что улучшает степень очистки языка. Рабочая часть одновременно является резервуаром для снятого налета. Поскольку скребок целиком изготовлен из серебра, это способствует бактерицидному его действию. На ручке имеется гребень для чистки срединной линии языка: таким образом, учитывались анатомические особенности, что способствовало максимально качественному очищению.

Производителями скребков в настоящее время являются некоторые страны Европы, США: современные приспособления во многом по форме повторяют своих европейских предшественников. Уникальные варианты скребков, выполненных в России, встречаются лишь в виде антиквариата. Современные промышленные образцы ложкообразной формы отсутствуют.

Шелковая нить для чистки межзубных промежутков. LeviSpearParmly (1790-1859), «отец» гигиены рта и изобретатель шелковой нити для чистки между зубами, констатировал, что «дентальный кариес можно контролировать посредством чистки зубов, нанесением зубного полировочного порошка из столовой соли и использованием воценой шелковой нитки. Последняя, хотя и примитивна, но является самым важным средством против кариеса. Она должна пройти через промежутки между зубами, их шейками и сводами десен для того, чтобы удалить остатки пищи, которые невозможно убрать зубной щеткой. Сначала десны могут слегка кровоточить, но через не-

сколько дней кровотечение прекратится, болевые ощущения будут отсутствовать».

В настоящее время использованию флоссов, или нитей, уделяется крупнейшее внимание как методу удаления межзубного налета. Были разработаны и другие межзубные чистящие средства такие, как ершики, стимуляторы с резиновыми наконечниками, деревянные палочки, межзубные щетки.

САНИТАРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ САМОУПРАВЛЕНИЙ БЕЛОРУССКИХ ГОРОДОВ В НАЧАЛЕ XX века

Шерстнева Е.В.

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН (Москва, Россия)

Реформа 1861 г. обусловила мощный приток населения в города. Связанное с урбанизацией изменение уклада городской жизни, обострение хозяйственных проблем и эпидемической ситуации диктовали необходимость реформы городского самоуправления.

Вступившее в 1870 г. в законную силу Городовое положение учредило в городах Российской империи бессловесные органы – городские думы, формировавшиеся на основе имущественного ценза. Их компетенция ограничивалась хозяйственными вопросами. Городским властям также было предоставлено право осуществлять в масштабах города санитарно-ветеринарные мероприятия, издавать санитарные постановления, заниматься благоустройством. Однако все это являлось лишь правом, но не обязанностью городских самоуправлений.

Для осуществления санитарных мероприятий и борьбы с эпидемиями при думах создавались специальные коллегиальные органы. Однако процесс их формирования на огромной территории России протекал очень неравномерно.

Города западных губерний, расположенных на территории современной Белоруссии, приступили к формированию санитарных организаций на рубеже XIX-XX вв.

Изданные по инициативе правления Пироговского общества в 1903 и 1915 годах сборники по городской медицине, составителями которых были видные деятели общественной медицины А.А.Чертов и Д.Н.Жбанков, позволяют сопоставить данные и проследить развитие городской санитарной деятельности в белорусских городах в этот промежуток времени.

Так, в сборнике 1903 г. (сост. А.А. Чертов) представлены сведения только о двух белорусских городах – Минске и Гродно. Согласно информации, полученной от городского самоуправления Минска (население 91 тыс. человек), в начале XX в. при городской думе существовал специальный санитарный орган - санитарно-исполнительная комиссия - под председательством городского головы, в состав которой входили полицмейстер, все состоящие на городской службе врачи и санитарные попечители (выборные лица, пользующиеся авторитетом в городе). Санитарный персонал города включал лишь 1 санитарного врача, кроме него имелся 1 правительственный городской врач (при врачебной управе). В ведении городского санитарного врача находился надзор за санитарным состоянием усадеб, водопровода, надзор за проституцией. Думой издавались санитарные постановления в отношении содержания дворов, скотобоев, пользования водопроводом и т.д. На средства городского самоуправления велась борьба с заразными заболеваниями: проводилось оспопрививание, в случае развития эпидемий устраивались заразные бараки и предоставлялось лечение. К этому времени в городе уже была введена карточная регистрация заразных больных, что являлось действенным средством контроля над инфекционной заболеваемостью и развитием эпидемий. Городом содержался водопровод, берущий воду из источников. Анализ воды производился аналитической станцией, которая находилась в ведении правительственного городского врача. Канализации в городе не было, вывозом нечистот, наряду с частными, занимался и городской ассенизационный обоз. На средства города в Минске был устроен и содержался ночлежный приют с дешевой столовой и чайной.

Сведения о Гродно (население 47 тыс.) в сборнике 1903 г. очень скупы. В начале XX в. здесь отсутствовал какой-либо городской санитарный персонал. Санитарный надзор в городе осуществляли санитарные попечители, входившие в состав санитарно-исполнительной комиссии при городской думе. Меры против распространения различных заболеваний принимались не городским, а правительственным городским врачом и состоящим при нем фельдшером. На содержании города находилась санитарно-микроскопическая станция для анализа привозимого в город мяса, где работали ветеринарный врач и фельдшер. Водоснабжение и вывоз нечистот в Гродно находились в руках частных лиц и обществ.

В сборнике по городской медицине, составленном Д.Н. Жбанковым и изданном в 1915 г., белорусские города представлены значительно шире. В нем содержатся сведения о состоянии санитарной организации не только Минска и Гродно (с населением уже 100 тыс. и 58 тыс. соответственно), но и Витебска (100 тыс.), Гомеля (70 тыс.), Могилева (53 тыс.), Пинска (36 тыс.), Орши (20 тыс.), Кобрин (12 тыс.) и некоторых других городов, самоуправления которых откликнулись на запрос Правления Пироговского общества.

К 1915 г. из названных городов санитарными органами в виде специальных комиссий при управах располагали Минск, Гродно, Витебск, Гомель, Могилев и Кобрин, в Орше и Пинске они так и не были созданы. Причем в Минске с 1911 г. наряду с прежней санитарно-исполнительной комиссией действовала еще одна - санитарная, в состав которой вошли 4 врача, являвшихся гласными думы, и 3 санитарных врача. Сам город был разделен на 3 участка, подведомственных санитарным врачам.

Обеспечение санитарными кадрами было одной из острейших проблем городов. По данным Д.Н. Жбанкова, к 1915 г. они имелись лишь в 49,5% городов, приславших сведения для составления его сборника. На территории Белоруссии специальные санитарные врачи накануне Первой мировой войны имелись в Минске (3), Витебске и Гомеле (по 2), Могилеве (1). Дефицит санитарных врачей определял необходимость привлечения к санитарной работе представителей общественности, что выражалось в создании санитарных попечительств. Однако и они существовали только в таких городах, как Минск, Витебск, Могилев и Орша.

Значительно лучше обстояло дело с организацией ветеринарного надзора, который осуществлялся на городские средства практически везде – в Минске, Витебске, Гомеле, Гродно, Могилеве, Орше, Пинске, где на службе городских самоуправлений работали по 2 ветеринарных врача и даже более.

Что касалось борьбы с эпидемиями, но возлагали на себя эту обязанность такие города, как Минск, Витебск, Гомель, Могилев, Кобрин, Орша, Пинск. Выражалось это в организации на городские средства временных инфекционных барачков, изоляции больных и проведении дезинфекции помещений. Осуществление такой предупредительной меры, как оспопрививание, осуществлялось на городские средства только в Гомеле и Орше. Пастеровская станция имела в Минске, но содержалась не городом, а губернским земством.

Карточная регистрация инфекционных больных, позволявшая держать под контролем эпидемическую ситуацию, к 1915 г. была введена только в Витебске, Минске, Гомеле, Могилеве. Однообразной карточной регистрации в лечебных учреждениях не велось, что было отчасти связано с отсутствием во всех белорусских городах санитарно-статистических бюро, задачей которых являлась конечная статистическая обработка этого карточного материала. Санитарно-статистическое бюро было необходимым звеном городской врачебно-санитарной организации, но их создание повсеместно задерживалось из-за некомпетентности городских дум и незаинтересованности в дополнительных расходах по содержанию этих органов. Проблема эта существовала в России практически во всех городах.

Развитие городского санитарного надзора шло по пути специализации. В белорусских городах этот процесс к 1915 г. находился еще в зачаточном состоянии: здесь существовали элементы санитарно-пищевого надзора в виде исследования некоторых продуктов в лабораториях (но специальных торгово-санитарных врачей не было), получил развитие санитарно-ветеринарный надзор, в то время как контроль санитарного состояния школ был проигнорирован самоуправлениями всех белорусских городов.

Санитарно-эпидемическое благополучие городов напрямую зависело от оснащенности необходимыми коммуникациями – водопроводом и канализацией. Строительством и эксплуатацией водопроводов в России занимались преимущественно городские самоуправления. На белорусской территории водопровод был сооружен и содержался на городские средства в Минске, Гомеле, Гродно, Могилеве. В остальных городах водоснабжение находилось в ведении частных акционерных обществ. Это ограничивало возможности контроля качества воды, не позволяло вносить усовершенствования в систему водоснабжения. В связи с этим в Витебске, например, неоднократно поднимался вопрос о выкупе водопровода городом у акционерного общества, однако решения он так и не получил.

В белорусских городах, как и в подавляющем большинстве городов Российской империи, сплавной канализации в начале XX в. еще не существовало. Повсеместно практиковалась вывозная система удаления нечистот. Городские ассенизационные обозы имелись в Минске и Витебске, в остальных городах этим занимались частные предприниматели, существовали также тюремные обозы. Однако процесс этот регулировался городскими властями посредством издания санитарных постановлений, определявших время суток для вывоза нечистот, допустимые для этого емкости, места свалок и т.д.

Следует сказать, что развитие медицины городских самоуправлений, и санитарной деятельности в частности, напрямую зависело от экономического положения и финансовых возможностей городов. В сборнике по городской медицине 1915 г. представлены сведения о том, какая часть общей городской сметы отводилась на содержание санитарной организации и проведение санитарных мероприятий. Для городов белорусской территории эти данные выглядят следующим образом: Минск тратил на санитарно-ветеринарные мероприятия и санитарные кадры немногим более 7% общей городской сметы, Гомель – около 6%, Витебск – около 5%, Пинск и Гродно – менее 4%, Орша – 3%, Могилев и Кобрин не представили полных сведений. Для возможности сравнения отметим, что средний показатель по всем городам Российской империи, по подсчетам Д.Н.Жбанкова, составлял 10,1.

СТАНОВЛЕНИЕ ЖЕНСКОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ (КОНЕЦ XIX – НАЧАЛО XX вв.)

Шерстнева Е.В.

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН (Москва, Россия)

До конца XIX в. фармацевтическое образование в Российской империи являлось прерогативой мужчин. Подготовка фармацевтов долгое время осуществлялась путем ремесленной выучки. В 1845 г. были изданы правила, установившие три фармацевтических степени: аптекарский помощник, провизор и магистр фармации. После 4 классов гимназии молодой человек поступал работать аптекарским учеником и по истечении 3 лет, выдержав экзамен на медицинском факультете университета, мог претендовать на звание аптекарского помощника. Аптекарский помощник, в свою очередь, проработав 3 года в аптеке, допускался к лекциям на 2-летних провизорских курсах при медицинском факультете и в случае успешной сдачи экзамена получал звание провизора. Особо одаренный соискатель допускался к публичной защите диссертации.

Однако в связи с активным ростом фармацевтического производства и числа аптек в России во второй половине XIX в. стал ощущаться недостаток в специалистах. Это и послужило поводом для постановки вопроса о допуске женщин к работе в аптеках и, соответственно, о женском фармацевтическом образовании. Во многих странах Западной Европы женщинам был открыт доступ к фармацевтической деятельности еще в начале XIX в. Однако в России вопрос этот и в конце XIX в. решался медленно: в январе 1883 г. последовало царское предписание обсудить эту проблему в Медицин-

ском совете Министерства внутренних дел, и лишь в 1885 г. Медицинский совет высказал мнение о возможности предоставить женщинам право на высшее фармацевтическое образование. Однако, поскольку в России женщины не имели доступа в университеты, то решение это вновь осталось на бумаге.

В дискуссию включились смежные ведомства. В 1887 г. Министерство народного просвещения высказалось за разрешение женщинам работать в аптеках в качестве учениц, и 19 мая 1888 г. Медицинский департамент утвердил это предложение и предоставил женщинам право поступать на работу в аптеки, а потом, после получения определенного стажа, экзаменоваться на звание аптекарского помощника и впоследствии - на звание провизора. Но это право было предоставлено с двумя оговорками: во-первых, женщины могли быть допущены только в те аптеки, где не было фармацевтов-мужчин, и, во-вторых, для подготовки к экзаменам университетские аудитории и лаборатории не предоставлялись в распоряжение женщин, они должны были готовиться частным образом. Это существенно ограничивало возможности женщин в реализации своего права. Для подготовки аптекарских помощников правительство рекомендовало открывать частные курсы. Однако желающих заниматься такого рода образовательной деятельностью долго не находилось. Позднее курсы были открыты при Александровской больнице для чернорабочих в Петербурге.

Запрет на занятия в аудиториях и лабораториях высших учебных заведений еще более затруднял доступ женщинам к высшему фармацевтическому образованию. В 1888 г. Военное министерство, в соответствии с указанием Медицинского департамента и с соблюдением всех ограничений, допустило женщин к экзамену на степень провизора в Военно-медицинской академии. Однако лишь двум женщинам – А.Б. Лесневской и З.И. Анкер – удалось частным образом прослушать при Военно-медицинской академии курс лекций, пройти цикл лабораторно-практических занятий и сдать в 1897 г. экзамен на звание провизора.

В 1898 г. в России насчитывалось всего 29 женщин, имевших среднее и высшее фармацевтическое образование. Но приток женщин на работу в аптеки в качестве учениц увеличился, и особенно после 1892 г., когда запрет на совместную работу женщин и мужчин в аптеках был снят. Однако при этом женский труд оплачивался почти в два раза ниже мужского, что делало его экономически привлекательным для владельцев аптек.

В Москве к началу XX в. имелась аптека, где работало уже 15 женщин. А в 1901 г. в Петербурге была открыта знаменитая аптека А.Б. Лесневской. В ней работали исключительно женщины, отчего она и получила название первой женской аптеки. А.Б. Лесневская в 1903 г. обратилась с ходатайством об открытии женской фармацевтической школы при своей аптеке. Высочайше утвержденное положение Комитета министров предписывало принимались в школу лиц женского пола (как девушек, так и замужних), имеющих свидетельство об окончании «полного курса женской гимназии или институтов или равных им учебных заведений и притом по выдержании ими дополнительных испытаний по латинскому языку». Успешно прошедшим в школе 2-хлетний курс теоретических и практических занятий ученицам, было предоставлено право держать экзамен на звание аптекарского помощника в испытательной комиссии при Императорской Военно-медицинской академии или при медицинском факультете одного из Императорских российских университетов.

Пребывание в школе заменяло ученичество в аптеке. Программа школы включала в себя все дисциплины, которые читали фармацевтам в университетах. Обучение длилось 2 года и делилось на 4 семестра. Наряду с теоретическим курсом большую часть времени отводили практическим занятиям. В летние месяцы ученицы школы проходили практику в земских, сельских аптеках. Курс обучения предусматривал большой объем работы в лаборатории. За 10-летний период в школе училось 387 учениц, а окончили полный курс только 199, что свидетельствует о высоких требованиях к учащимся. Некоторые выпускницы школы получили доступ к научным занятиям в Институте экспериментальной медицины.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ФАРМАКОПЕЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Шеряков А.А., Марченко С.И.

УП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении»

Возрастающие требования к качеству лекарственных средств обусловлены постоянным развитием науки и фармацевтической промышленности. Поэтому фармакопея, как основной документ, устанавливающий требования к качеству субстанций для фармацевтического использования и методам их анализа, учитывая уровень развития фармацевтической промышленности, должна оперативно реагировать на современное состояние научного прогресса.

1 января 2007 года введен в действие первый том Государственной фармакопеи Республики Беларусь (ГФ РБ), содержащий общие методы контроля качества лекарственных средств. С этого момента Республика Беларусь стала вторым государством на территории стран СНГ, имеющим Национальную Фармакопею.

Первый том ГФ РБ был разработан на основе Европейской Фармакопеи и максимально гармонизирован с ней, при этом от Европейской Фармакопейной Комиссии было получено письменное разрешение на использование текстов Европейской Фармакопеи с обязательным указанием ссылки на оригинальный источник, а национальные требования должны быть отмечены определенным способом. Кроме того, с 2007 года Республика Беларусь получила статус Официального наблюдателя при Европейской Фармакопейной Комиссии, что позволило принимать участие в их регулярных сессиях (проводятся три раза в год в Европейском Директорате по качеству лекарственных средств и здравоохранению), на которых утверждаются общие и частные статьи Европейской Фармакопеи, а также обсуждаются некоторые вопросы безопасности лекарственных средств, современные подходы к оценке качества субстанций для фармацевтического использования и вопросы гармонизации с фармакопеями США и Японии.

1 июня 2008 года введен в действие второй том ГФ РБ, содержащий около 165 частных статей на вспомогательные вещества и 123 частных статей на лекарственное растительное сырье. Во второй том вошли общие статьи на методы анализа, дополнение к разделу «Реактивы», общие статьи на лекарственные формы и субстанции, раздел «Гомеопатические лекарственные средства». Второй том ГФ РБ также был разработан на основе Европейской Фармакопеи, за исключением частных статей на лекарственное растительное сырье, требования к которому в основном разработаны с учетом особенностей выращивания и заготовки лекарственного растительного сырья в Республике Беларусь.

22 декабря 2009 года введен в действие третий том Государственной фармакопеи Республики Беларусь, в который вошли 300 частных статей на фармацевтические субстанции; 12 статей на лекарственное растительное сырье, общие статьи на методы анализа, общие тексты, дополнение к разделу «Реактивы», общие статьи на лекарственные формы и субстанции, разработанные на основе Европейской Фармакопеи и национальных требований.

Следует отметить появление в третьем томе ГФ РБ нового раздела «Экстемпоральные лекарственные средства», который содержит общие статьи по приготовлению жидких, твердых и мягких экстемпоральных лекарственных средств, методики экспресс-анализа 73 прописей экстемпоральных лекарственных средств, а также общие статьи по оценке качества экстемпоральных лекарственных средств.

С выходом третьего тома была закончена работа по созданию Государственной фармакопеи Республики Беларусь и начата работа по ее актуализации и подготовке к переизданию.

В настоящее время подготовлено к печати второе издание первого тома Государственной фармакопеи Республики Беларусь, которое должно вступить в действие с 1 января 2013 года. Во втором издании ГФ РБ в новой редакции приведены все общие статьи и тексты, опубликованные в первом издании Фармакопеи (тома 1, 2, 3). Кроме этого, введены новые статьи: 2.2.57. Атомно-эмиссионная спектрометрия с использо-

ванием индуктивно связанной плазмы; 2.2.58. Масс-спектрометрия с использованием индуктивно связанной плазмы; 2.2.59. Анализ гликанов в гликопротеинах; 2.2.60. Температура плавления — инструментальный метод; 2.4.29. Состав жирных кислот в маслах, обогащенных омега-3 кислотами; 2.4.31. Никель в гидрогенизированных растительных маслах; 2.4.32. Общий холестерин в маслах, обогащенных омега-3 кислотами; 2.5.35. Азота закись в газах; 2.5.37. Метил-, этил- и изопропилметансульфонат в метансульфоновой кислоте; 2.5.38. Метил-, этил- и изопропилметансульфонат в фармацевтических субстанциях; 2.5.39. Метансульфонилхлорид в метансульфоновой кислоте; 2.6.26. Испытание на анти-D антитела в иммуноглобулине человека для внутривенного введения; 2.6.30. Испытание на активацию моноцитов; 2.6.31. Микробиологические испытания лекарственных средств для орального применения на основе лекарственного растительного сырья; 2.7.22. Количественное определение фактора свертывания крови XI человека; 2.7.23. Подсчет клеток CD34/CD45+ в гемопоэтических продуктах; 2.7.24. Проточная цитометрия; 2.7.25. Определение содержания ингибитора плазмина человека; 2.7.27. Значение флоккуляции (Lf) токсинов и анатоксинов дифтерии и столбняка (проба Рамона); 2.7.28. Определение количества гемопоэтических клеток-предшественников человека по колониеобразующим клеткам; 2.7.29. Определение количества и жизнеспособности ядродержащих клеток; 2.7.30. Количественное определение человеческого белка C; 2.7.31. Количественное определение человеческого белка S; 2.7.32. Количественное определение ингибитора α -1-протеиназы человека; 2.8.20. Лекарственное растительное сырье: отбор проб (взамен статьи #2.8.19. Правила приемки и методы отбора проб); 2.8.22. Определение ократоксина А в лекарственном растительном сырье; 2.8.23. #Макроскопический и #микроскопический анализ лекарственного растительного сырья (взамен статьи #2.8.3. Техника макроскопического и микроскопического анализа); 2.9.29. Характеристическое растворение; 2.9.32. Пористость и определение размера пор с использованием ртутной порозиметрии; 2.9.34. Насыпная плотность и плотность после усадки; 2.9.35. Степень измельчения порошков; 2.9.41. Истираемость гранул и сфероидов; 2.9.42. Тест «Растворение» для липофильных твердых дозированных форм; 2.9.43. Наблюдаемое растворение; 2.9.44. Лекарственные средства для распыления: характеристика; 2.9.45. Смачиваемость пористых твердых материалов, включая порошки; 5.1.6. Альтернативные методы контроля микробиологической чистоты; 5.1.7. Вирусная безопасность; 5.1.8. Микробиологическая чистота лекарственных средств для орального применения на основе лекарственного растительного сырья; 5.1.9. Руководство по применению испытания на стерильность; 5.1.10. Руководство по применению испытания на бактериальные эндотоксины; 5.14. Лекарственные средства для генной терапии для медицинского применения; 5.15. Функционально-обусловленные характеристики вспомогательных веществ; 5.16. Кристалличность; 5.17.1. Рекомендации по проведению теста «Растворение»; #6.1.4. Режимы стерилизации экстемпоральных лекарственных средств; Моноклональные антитела для медицинского применения (2031); Продукты технологии рекомбинантной ДНК (0784); Эфирные масла (2098); Методы приготовления гомеопатических базисных препаратов и потенцирование (2371).

Необходимо отметить, что второе издание ГФ РБ разрабатывалось на основе действующего издания Европейской Фармакопеи (7,0-7,5) с учетом специфики современного состояния фармацевтического производства в Республике Беларусь.

Обеспечение разработки, издания и распространения Государственной фармакопеи Республики Беларусь в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь осуществляется Республиканским унитарным предприятием «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении». В работе над созданием Национальной Фармакопеи принимают участие все ведущие фармацевтические предприятия и университеты Республики Беларусь, областные РУП «Фармация», «БелФармация» и «Минская фармация».

Наличие Национальной Фармакопеи демонстрирует возможности страны производить лекарственные средства, а также контролировать их качество в строгом соответствии с утвержденными нормативами. Так как Государственная фармакопея Республики Беларусь использует нормы Европейской Фармакопеи, качество лекарствен-

ных средств, производимых фармацевтическими предприятиями Республики Беларусь, будет отвечать тем же требованиям, что предъявляются в Европейском Союзе.

ИСТОРИЯ ПЛАВАНИЯ КАК ФОРМЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Шигит К., Шигит М.

Щечинский университет (Польша)

Способность человека плавать настолько же древняя, как и способность ходить или бежать. Уже в далекие времена, когда было установлено родство тел и воды, научились плавать [1]. В зависимости от стадии социального развития, причины, побуждающие людей усваивать навыки плавания, были разными. У примитивных народов потребность в способности плавать определялась большей эффективностью при охоте или собирании. В Древней Греции работоторговцы практиковали плавание для гармоничного развития их тел. В Древней Римской империи способность плавать объединялась с боевой эффективностью легионеров [1.2].

В наше время легитимность способности плавать отмечается и в стимулировании физического развития молодежи, и в восстановлении уволенных с работы людей, и в реабилитации инвалидов, а также в дорогой спортивной одежде для молодежи [3].

Исторические записи, свидетельствующие о значении плавать, были найдены на могильной плите среди египетских иероглифов, датирующиеся 4 тысячами лет тому назад. Один из символов, нарисованных там, был прочитан как „ слово " плавание. Этот иероглиф изображает человека, совершающего движение, подобное на то, которое совершают во время кроля. Считалось, что способность хорошо плавать высоко ценилась в Древней Греции. Эта способность была помещена в систему воспитания подростков. В Афинах мальчики в палестрах, кроме остальных умений, учились плавать. Великий философ Древней Греции, Платон (427-347 до н.э.), в одном из своих базисов написал "он поставил под сомнение то, можно ли доверять человеку с национальной позицией, который не способен ни читать, ни плавать, цитируя известные поговорки, характерные, вероятно, для ограниченного человека» [1].

В период рассвета Древнего Рима, когда Римская империя распространялась на территории современного Среднего Востока, Северной Африки и Европы от Испании через Англию и на все Балканы (начиная с конца 1 столетия до н.э.). Было очевидно, что способность плавать была связана, прежде всего, с боевой готовностью. Великие римские лидеры, как Марк Антоний и Юлий Цезарь, умели плавать.

Однако плавание предназначалось не только для военных целей. Плавание и принятие ванн также относилось к части общественной жизни римской аристократии [3].

Период Средневековья в Европе связан с развитием Христианства, в котором - особенно в ранний период - душа, явно противопоставленная улучшению и развитию ничтожности и несовершенству тела, а также несовершенная, земная жизнь - совершенной, вечной жизни. Эти поверья не могли поддерживать развитие способности плавать. К тому же, утверждения, что чистое тело это грешная душа, были более популярными, чем такие утверждения как будит ли теплая вода угольки греха. Однако есть основания полагать, что плавание существовало у славян. Они строили хорошо организованные строения, снабжаемые водой (так называемые бискупины), они практиковали рыбную ловлю, таким образом, искусство плавания для них, вероятно, было полезным. Средневековый рыцарь должен был уметь плавать, так как плавание было одной из добродетелей рыцаря [3.4].

Также в истории плавания новая эра мышления и действия стала поворотным пунктом - Возрождение. Начиная с 15 столетия, под влиянием Восточной философии, как результат повторного чтения работ древних греков и римлян, опять появился интерес к современному человеку, а также к его физическому совершенству. Появились исследования, в которых ясно видно, что уделяется внимание преимуществам плава-

ния [1]. В работе философов, содержащей ремарки о воспитании подростков, мы также находим заметки о полезности обучения плаванию. Книга, изданная в 1538 году Миколом Винмэнном на латинском, была первой работой, полностью посвященной плаванию. «Пловец, то есть об искусстве плавания, как веселый и приятный диалог в чтении». Винмэнн, профессор университета в Эйзенштедте, был некоторое время ректором школы в Нысе в Нижней Силезии. Его работа это первая печатная книга об обучении плаванию. Книги о плавании получили большую популярность, когда их начали печатать на народных языках [3].

В XVIII столетии универсальное обучение плаванию в системе воспитания подростков было спорным. Уже в работе Джона Лока (1632 -1704), и затем у Жана-Жака Руссо (1712-1778) и Иогана Бернарда Базедова (1724-1790) мы находим мнения о социальных, образовательных и оздоровительных эффектах плавания. В Польше много деятельных активистов Комитета Национального образования пропагандировали возможности плавания (1773-1794). Грегж Пирамович (1735-1801) написал: позвольте детям научиться хорошо плавать со всей должной основательностью. Все очень просто, если рано начать учиться. Старые, презренные люди, которые не могли плавать, когда должны были. Тадэуш Чацкий привел в действие общие рекомендации Пирамовича (1765-1813), подробно расписав способы обучения плаванию в Кременецкой средней школе.

В Прусской армии особое значение придавалось деятельности, досконально изученной генералом Эрнстом фон Пфулем, автором первых купальных пляжей в Берлине и автором „ книги " плавании (1817). Он был сторонником обучения движениям, прежде всего, как " маленькая лягушкой на земле», часто с помощью специальных приборов. Схожие методы обучения плаванию во французской армии в д'Аржи широко пропагандировались (1851), что доказало, что после отличной отработки движений на земле возможно успешно плавать в воде, без всяких дополнительных упражнений [5.6].

В это время в Польше, в Варшаве была основана военная школа плавания (в Калишском кадетском корпусе была такая школа). Популярность плавания выросла в 19 столетии также и у гражданского населения. Много гражданских школ плавания были созданы, и мы находим доказательства среди других документов Прусского министра воспитания, написанные в 1883 году: плавание [...] это самое идеальное гармоничное формирование человеческого тела. Не существует таких упражнений для тела, эффективность которых могла бы сравниться с хорошо проведенным обучением плаванию (Любер 1922, с. 14). В этот исторический период особую заслугу в пропаганду новых методов обучения, а также в организацию обучению плаванию в Германии, приписывают Карлу Кулерову и Х.О. Клуге, авторам большой книги по плаванию, датированную 1870 г. (она также является первой публикацией о спортивном нырянии). Авторы придавали большое значение тренирующим упражнениям в воде и поддержанию тела в равновесии на воде [7.8]. С этих времен мы можем наблюдать быстрый рост и универсальность этой спортивной дисциплины в Польше.

В конце 19-го столетия началась новая эра плавания - спортивного плавания. Развитие спортивного движения в Англии и в мире определило то, что плавание, как одна из способностей отдельного элемента, превратилось только в конкурсную проверку, насколько быстро человек может плавать, начиная с первых современных олимпийских игр. В Англии, в 1869 г. образовалась Любительская ассоциация плавания (ЛАП), которая собрала людей, которые хотели бороться за титул самого быстрого пловца. Следуя за англичанами, шведы образовали свои собственные спортивные организации плавания (1882), немцы и венгры (1886), французы (1887), голландцы и американцы в США (1888), итальянцы и австрийцы (1889) [5].

Первое первенство по плаванию в Англии прошло в 1871 г. и это мероприятие можно рассматривать как начало мирового спортивного плавания. В 1889 г. в Будапеште были организованы первые международные показательные выступления плавания.

Уже в 1896 г. плавание, средю семи других спортивных дисциплин, было включено в программу Олимпийских игр. Это вызвало отсутствие международных норм спортивного плавания, касающихся униформы, так как организаторы установили толь-

ко дистанцию (100, 500, 1200 м), а пловцы могли плыть любым стилем, имея возможность поменять его во время преодоления дистанции. По инициативе первой организации плавания, ЛАП, представители восьми европейских стран 19 июля 1908 г. основали Международную федерацию плавания (ФИНА). С тех пор Федерация установила спортивные нормы, а также организовала больше серьезных международных соревнований. Она также установила дистанции и соревнования, на которых можно было бить мировые рекорды, и положила начало международным профессиональным плаваниям. Только в следующих, V олимпийских играх, первый раз женщина приняла участие в 1912 г. [6, 9.10].

В период зарождения спортивного движения в мире Польша находилась на присоединенных территориях. Были организованы, особенно на присоединенных к Австрии польских территориях, спортивные состязания, и во время Грюнвальдского рап-ли, на месте Грюнвальдской битвы, в 1910 в Кракове прошли показательные выступления по плаванию с участием пловцов не только из Австрии, но также русских пловцов. Оставаясь на присоединенной к Пруссии территории, несмотря на быстрое развитие плавания в Пруссии, участие поляков в спорте было немыслимым из-за дискриминационной политики Прусского правительства. Плавание как спорт, организованное самими поляками, стало возможным только после получения независимости: в 1922 г. возникает Польское объединение плавания, а в 1923 оно объединяется с ФИНА. С 1922, каждый год проходит польское соревнование по плаванию. В межвоенный период Казимир Боченски был хорошим пловцом, чей рекорд в Польше на дистанции 100 м свободным стилем 1:00,4, был установлен в 1930, пережил 20 лет. Он приглашал тренеров и инструкторов по плаванию из других стран с помощью законодательства о госзакупках. В межвоенные годы в Польше проводились тренинги Джека Вейснера из Австрии, автор очень популярных в 30-е книг об естественных обучающих методах плавания, М. фон Шелла из Бельгии, Х. Стипа из США, а также знаменитого специалиста водного поло Б. Райки из Венгрии. Популярность плавания и плавания как спорта в Польше межвоенного периода также само по себе проявляется, значительным количеством публикаций. В 1928 Тадеуш Семадени (первый делегат от Польши в ФИНА) и Александер Залески издадут книгу для тренеров „Свободное плавание - книга о технике”. Обе опубликованные книги в 1938 году, ставили превыше всего получение физического образования: А. Михальска «Плавание, игровой методический учебник для учителей и инструкторов плавания” (Варшава 1938) и К. Петкевич «Плавание» (Варшава 1938) [11].

Оккупация нацистами остановила развитие плавания как спорта. Практический спорт был забыт, а спортивные оснащения в большинстве были уничтожены. Значительное число тренеров и атлетов погибло в борьбе или в концлагерях. Несмотря на серьезные потери, сразу после завершения военных действий, интерес к спортивному плаванию вернулся. В 1945 начало восстанавливать свою деятельность законодательство о госзакупках, были образованы многие ассоциации, снова было организовано польское первенство по плаванию - с 1947 г. Польское первенство в закрытом помещении (март-апрель) и главный польский чемпионат (июль-август).

В 50-е наши пловцы достигли первых в истории международных успехов в плавании. В этот период во Вроцлаве плавательный кружок формирует хороших пловцов в Польше. Участник „клуба Пафаваг” из Вроцлава, Марек Петрусевич, побил мировой рекорд на дистанции 100 м брассом и повысил мировой рекорд на дистанции 200 м брассом [5.12]. Представители Польши, став звездами в 1954 в Турине на Европейском чемпионате по плаванию, заняли призовые места в последних заплывах (Марек Петрусевич - II, Готфрид Гремловски - IV, Ирена Жерова - IV, Алиция Клеминска - V, Януш Яскевич - VII). Однако с того времени расстояние между польскими спортсменами и иностранными увеличивалось. Только в 1960 на XVII Олимпийских играх Анджей Клопотовски занял VII место в финальном заплыве на дистанции 200 м брассом. Он тогда был наиболее успешным польским пловцом на Олимпийских играх. Изменения в организации работы с лучшими участниками и создание спортивных школ в 70-х изменило положение польских пловцов в списке лучших мировых атлетов [13].

Развитие плавательного спорта связано с улучшением технологии, так как в первую очередь гарантирует скорость плавания.

В начале плавательного спорта, то есть, начиная с первого первенства в Англии в 1900 г., на соревнованиях можно было плавать любым стилем. Это было отмечено, и с современными средствами, при индивидуальном заплыве и любом возможном перемещении на воде. К 1900 году на этом соревновании чаще всего использовался стиль кроль (не опуская голову в воду) или наклоняя голову на бок. Однако было замечено, что движения плечами под водой были тормозящими и поэтому старались, без успеха, продвигать воду одним плечом. Таким образом, „появился грудной кроль“. С таким особым стилем Уильям Коул победил на первом первенстве в Англии в 1871, проплыв на дистанцию в 100 ярдов (91.44 м) уложившись в 1:15,0. Англичанин Джон Артур Труджен улучшил этот стиль, двигая обоими плечами одно за другим над водой. Этот способ был назван „плавание с выносом рук попеременно“ или по фамилии „плавание труджена“. Большинство успехов было возвращено данным стилем в 1894-1901 годы. В 1901 англичанин Фредерик Каст победил этим стилем на дистанции 100 ярдом за 1 минуту. В 1902 братья Ричард и Волком Кэвелл из Австралии пришли к выводу, что движения ногами тормозят, и попробовали поплыть трудженом, не используя ноги, а затем только с помощью одной ноги, вторую крепко привязав к колену. Этот стиль был назван «австралийское плавание с выносом рук попеременно». Первыми победителями, плывшими данным стилем были австралиец Р. Кэвелл и венгр Золтан Халмаи. На Олимпийских играх в 1904 Халмаи был первым на дистанции 100 ярдов (1:02,8 сек) [5.13].

Кумиром на Олимпийских играх в 1912 году была первая женщина, продемонстрировавшая «австралийское плавание с выносом рук попеременно», австралийка Фанни Дюрак. Она проплыла 100 м за время 1:17,4. На Олимпийских играх, от Гавайских островов, Паоа Дюк Каханамоку, появившийся в цветах США, показал новый вид плавания с выносом рук попеременно, увиденный у ныряльщиков и пловцов, жителей Гавайских островов. Он увеличил частоту и снизил диапазон движения ног. Он двигал ими более плавно, и вдох происходил при повороте головы в сторону. Этот стиль, похожий на современный кроль на груди, далее „был назван американским кролем на груди“. Каханамоку в 1920 достиг результата в 1:01,4 на дистанции 100 м. Тренер, в дальнейшем усовершенствовавший этот стиль в США, Билл Бакарак. Его подопечные впервые демонстрировали такое разнообразие кроля на груди, при котором ноги работали отдельно от движений плечами, таким образом нечетное число движений нижних конечностей упало (1:3). В 1924 году на Олимпийских играх в Париже, участники соревнования плавали данным стилем: Этель Лэки, получившая золотую медаль на дистанции 100 м кролем на груди с временным показателем в 1:12,4 сек., и, в дальнейшем известный по фильмам о Тарзане, Джонни Вейсмюллер, получивший золотую медаль на дистанции 100 м свободным стилем (впервые за время менее одной минуты - 59 сек) и на дистанции 400 м свободным стилем за время 5:04,2. Продемонстрированный Вейсмаллером стиль кроля на груди был примером плавания на долгие годы. Только в 1960-1970 годы были внесены некоторые изменения, например, в координации плавания - два движения ногами по отношению к одному обороту плеча (Дон Фрейзер, австралийская победительница на Олимпийских играх в 1964 на дистанции 100 м свободным стилем за 59.5 сек) и кроле на груди со следующей координацией: четыре движения ног по отношению к одному обороту плеч (например, Шейн Гулд, австралиец, победитель Олимпийских игр в 1972 г. на дистанции 200 м свободным стилем за время 2:03,56 и на дистанции 400 м свободным стилем за время 4:19,04). Однако по-прежнему большинство участников соревнований предпочитали кроль с традиционной координацией, то есть шесть движений ногами за один цикл поворота плеч.

Брасс является одной из старейших спортивных техник плавания. Не погружая лицо в воду, капитан Вебб пересек Ла-Манш данным стилем. Вместе с тем, этот стиль использовался на первых соревнованиях в Англии и на Европейском континенте. Все более совершенствуя плавание и быстрее плавая кролем, австралийские спортсмены все менее использовали брасс. Только в 1904 году брасс был выделен как отдельный вид соревнования, он также использовался при помощи и улучшения этой оригинальной техники плавания. Чтобы увеличить скорость, спортсмены плавали брассом, опустив голову в воду, сходно с тем, как делали пловцы кролем. Однако, существенные изменения, произошедшие в данном виде плавания, не продержались до 1935. Спорт-

смены от США продемонстрировали в 1936 новые виды плавания данным стилем, двигая руками над водой. На Олимпийских играх Джон Хиггинс и Д. Кесли использовали именно такой способ плавания. Они значительно вышли вперед после старта, но не выдержали всю дистанцию в 200 м и закончили ее на более удаленных местах. Такая техника была названа „баттерфляй“. Эта техника получила большее распространение уже во второй раз, вытеснив традиционный брасс из мировых бассейнов. Начиная с 1 января 1953 в ответ на решение ФИНА выделить данный стиль в отдельное соревнование. Однако новый вид техники, авторами которой были тренер брасса Езеф Маковски и великолепным исполнителем Мареком Петрусевичем. Этот стиль был особенно эффективным на коротких дистанциях. Пловец совершал движение плечами вплоть до бедер и опускался под воду. Петрусевич, побивший мировой рекорд на дистанции 100 м, совершал (после первого, второго и третьего 25-метрового сегмента) вдох только во время возвращения и 2-3 раза делал вдохи в конце последнего 25-метрового сегмента. Венгерские и японские пловцы также использовали этот стиль. В 1956 ФИНА ограничила возможности, не позволяя плавать под водой при брассе, при этом пловцы использовали ту же самую технику, но, в соответствии с нормами - все время оставаясь на поверхности воды. Современный брасс – это наиболее распространенный стиль с подробными инструкциями, во время которого спортсмен должен во время каждого цикла движений поднимать, по крайней мере, часть головы, движения его ног должны быть симметричными по отношению к телу, но ноги не могут создавать большой радиус движений сверху вниз.

Плавание на спине впервые как отдельный вид соревнования было выделено в 1900. Тогда выполняли брасс на спине. В дальнейшем, с развитием и улучшением коля на груди, этот стиль плавания становится все более похожим на плавание на спине. Однако только на V Олимпийских играх в 1912 американец Гарри Хебнер, начав с кроля на спине, победил своих конкурентов (выполняя кроль на спине) и получил результат, побивший рекорд на дистанции 100 м кролем на спине - 1:21,2 мин. К началу второй мировой войны кроль на спине выполнялся так, как это было продемонстрировано Хебнером: плечи под водой выпрямлены до локтей, загребая воду, обширные, движения ног, схожие с движениями при брассе, координация - три цикла движений ног по отношению к одному циклу движения плечами. Только после второй мировой войны датские пловцы (например, Гиртье Уилема, вторая на Олимпийских играх в 1952 г. на дистанции 100 м на спине), внесла основные изменения в трафик плеч, шевеля ими во время отталкивания воды, но оставляя их прямыми во время переноса над водой. Схожая техника плавания применяется и в настоящее время [3.13.14. 15].

Одним из наиболее молодых спортивных техник и в тоже время наиболее молодым вид соревнования в спортивном плавании является стиль баттерфляй, введенный в соревнование 1 января 1953 г. В этом стиле спортсмены должны выполнять движения, симметричные относительно продольной оси тела, плечи должны двигаться по направлению вверх над водой, и двигать ногами вверх и вниз (схоже с кролем, но только двумя ногами одновременно). После введения этого нового вида соревнования тренеры и спортсмены достаточно быстро проработали данный стиль, так как движения снизу вверх давали большую возможность ускорения от движения. Этот способ изменения техники называли дельфин, а традиционный стиль баттерфляй почти не используется в бассейнах. При популяризации техник плавания в Европе стиль баттерфляй сыграл особую роль: венгерский спортсмен О. Тампек (III место на олимпийских играх в 1956 г. на дистанции 200 м баттерфляем - 2:23,9) и спортсмен Джутта Ланжелл из ГДР (IV место на Олимпийских играх в 1956 г. на дистанции 100 м баттерфляем за время 1:17,4). В первые годы появления данного стиля плавания внимание было направлено на очень эффективную работу ногами и всего торса. Спортсмены проплывали, начиная от старта, 20-30 м под водой только с помощью движения ногами. На дистанции, желая как можно лучше задействовать движения ног, они совершали три, не более четырех движений ногами на одно движение плечами. В 60-е нормы ФИНА изменились, ограничив время нахождения под водой после старта, и в то же время спортсмены тренировали силу, которая позволяла очень эффективно задействовать плечи во время плавания. В настоящее время спортсмены используют технику двух выбросов ногами на один цикл движения плечами, и чем больше частота движений,

приводящих к потребности во вдохе, тем больше времени в двух циклах движения плечами. Они совершают вдох во время движения головы вверх или, как при кроле на груди, при повороте головы на сторону.

Таким образом, спортсмены дали начало пяти отдельным видам соревнования в спортивном плавании: свободным стилем, на спине, брассом, баттерфляй и смешанным стилем, использующим все предыдущие техники плавания: и кроль на груди, и кроль на спине, и дельфин, и брасс [14, 15].

В мировом плавании особое место занимал Джонни Вейсмюллер (США), обладатель 4 золотых медалей на Олимпийских играх в 1924 и в 1928 гг., который первым проплыл за время менее минуты на дистанции 100 м. Далее погрузился в звездную жизнь в 70 и 80. В 20-м столетии итальянец Клаус Дибиази и американец Грег Луганис, американец Марк Спитц получили на Олимпийских играх в Мюнхене по 7 золотых медалей. Было еще два американца, близких к тому, чтобы побить этот рекорд, это Майкл Фелпс, получивший 6 медалей на Олимпийских играх в 2004 г., но спустя четыре года в Пекине он получил 8 золотых медалей и побил рекорд Спитца. В 80-е были 8-кратные победители Олимпиады, а в 90-е - американец Мэтт Бюнди. В 90-е годы русский спринтер, Александр Попов, был назван царем плавания, а также в это время звездой мирового плавания был Иан Торп [15].

Первое польское первенство по плаванию прошло в Варшаве в 1929 году, спустя 6 лет после участия поляков в Олимпийских играх в Берлине. Однако, начиная с 1960 г., не было ни одного года, когда поляки не заняли бы призовые места на Олимпиаде. Два мировых рекорда были установлены польскими пловцами на дистанции 100 м брассом Марек Петрусовичем в 1953 и 1954 гг., он также получил серебряную медаль на европейском первенстве. Спустя годы засухи в 1980 г. Агнешка получила первую олимпийскую медаль. В конце 80-х Артур Войдат получил международное признание, став мировым рекордсменом на дистанции 400 м любым стилем и олимпийский медалист в 1988-м [3].

Примерно за дюжину последних лет они оставили свои имена в мировой хронике плавания: - Рафал Шукала, олимпийский вице-чемпион в 1992, и чемпион мира в 1994-м в плавании стилем «баттерфляй» на дистанции 100 м, Алиция - 3-кратная победительница в первенстве Европы в бассейне с дистанцией 25 м в 1998, Отылия Енджейчак - 2-кратная победительница первенства Европы на расстоянии 200 м (2003, 2005), 5-кратная победительница первенства Европы в 2000, 2002, 2004 и в 2006 году и бывшая мировая рекордсменка стилем «баттерфляй» на расстоянии 200 м, и, наконец, тройной олимпийский медалист на олимпийских играх в Афинах, - Павел Коженевски - мировой чемпион на дистанции 200 метров в Монреале в 2005, Матеуш Савримович и -Пшемислав Станчик, мировые чемпионы в Мельбурне в 2007 [15].

После успехов Отыли Енджейчак, появилось много одаренных спортсменов, и поляки были на лидирующих позициях в Европе и в мире. В 2005 на короткой дистанции в Триесте, поляки получили 11 медалей на европейском первенстве (включая 5 золотых), заняв второе место по количеству медалей. Это было наибольшее количество медалей в истории. Этот рекорд был побит (12 медалей) через год на европейском первенстве в Хельсинки. Во время Олимпийских игр в Афинах 5 пловцов представляли нас, через год на мировом первенстве в Монреале это была уже группа, состоящая из 15 человек. Вот уже несколько лет Павел Сломински является тренером сборной, и его ассистент Петр Вожницки, и плавание в Польше по-прежнему развивается, и благодаря успехам, получает все большую популярность [8, 15].

Литература

1. Lipoński W.: Dzieje sportu polskiego : od średniowiecznego łucznictwa do ostatniej olimpiady. Wyd. Podśiedlik - Raniowski i Spółka, Poznań 1997.
2. Iwanowski W. (red.): Pływanie : zagadnienia wybrane. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 1999.
3. Michałowski M.: Pływanie: historia, zasady, trening. Wyd. Dragon, Bielsko-Biała 2010.
4. Gaja J., Woltmann B (red.): Zarys historii sportu w Polsce (1867-1996). PTNKF, Gorzów Wlkp. 1999.
5. Wroczyński R. Dzieje wychowania fizycznego i sportu : od końca XVIII wieku do roku 1918.

6. Wroczyński R. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1971.
7. Słapek D. Sport i widowiska w świecie antycznym : kompendium. Wyd. Homani ; Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2010.
8. Gostowski R. Sport w starożytności. Państw. Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1959.
9. Brzezicka A.: 50 lat na olimpijskim szlaku. Sport i Turystyka, Warszawa 1969.
10. Wroczyński R.: Powszechne dzieje wychowania fizycznego i sportu. Wyd. BK, Wrocław 2003.
11. Ordylowski M.: Historia kultury fizycznej: Starożytność - Oświecenie. Wyd. AWF, Wrocław 1997.
12. Jastrzębski W. Historia kultury fizycznej. Wyd. Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2005.
13. Świercz J.: Historia kultury fizycznej : fakty i ciekawostki. Bikstudio, Brzeście 2005.
14. Waade B.: Pływanie sportowe i ratunkowe : teoria i metodyka. Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego, Gdańsk 2003.
15. Szatkowski Z. Kronika sportu pływackiego na Pomorzu Szczecińskim w latach 1976-1994. Kwart. Nauk. AWF Wrocł. 1995 nr 1-2 s. 77-93.
16. Pływanie na igrzyskach olimpijskich. Rys historyczny i starty Polaków. Pływanie 2008 nr 3 s. 18-22.

ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КОМБУСТИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Шило В.Д., Кошельков Я.Я., Шейко Г.В., Золотухина Л.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Внедрение в отрасли народного хозяйства, в оборонную промышленность, в повседневный быт высокоэнергетических материалов привело к росту частоты и тяжести ожогов. Ежегодно в Республике Беларусь обращаются за медицинской помощью около 30 000 пострадавших с ожогами и более 1000 (в суровую зиму – около 3000) с отморожениями. Внедрение в средства ведения войн ядерного оружия и огнеметов обострило проблему ожогов и в военной медицине.

В результате возникла необходимость организации высокоспециализированной помощи пострадавшим от ожогов в большинстве развитых стран мира. В Республике Беларусь в 1948-1949 гг., по инициативе заведующих кафедрой общей хирургии Минского государственного медицинского института профессоров Бабука В.В. и Равнова А.С., в хирургическом отделении 3-й городской, имени героя Советского Союза проф. Клумова Е.В., клинической больницы г. Минска были выделены палаты для лечения тяжелообожженных. Было начато внедрение в практику дифференцированного подхода при местном лечении поверхностных и глубоких ожогов. В 1968 г. под руководством заслуженного деятеля науки УССР профессора Гнилорыбова Т.Е. в 3-й клинике г. Минска было открыто первое специализированное ожоговое отделение на 40 коек.

Руководителями Белорусского Республиканского ожогового центра были:

Проф. Гнилорыбов Т.Е. с 1968 по 1971 гг.

Проф. Булай П.И. с 1971 по 2000 гг.

Доц. Кошельков Я.Я. с 2000 по 2008 гг.

Доц. Почепень О.Н. с 2008 по 2012 гг.

С января 2012 г. – заведующий ожоговым отделением Лещенко В.Т.

За более чем 40-летнюю историю развития службы в Республике созданы ожоговые отделения в каждом областном центре. Функционируют 7 ожоговых отделений (0,36 койки на 10 000 населения). Специализированная медицинская помощь стала доступна всем нуждающимся в нашей стране.

В марте 1988 г. ожоговый центр Республики Беларусь переведен в УЗ “Городская клиническая больница скорой медицинской помощи” г. Минска и расширен до 90 коек (50 – для лечения взрослых пациентов, 40 – для лечения пациентов детского воз-

раста). В 2007г. в составе Республиканского ожогового центра появилось отделение реанимации на 10 коек (6 – для лечения взрослых пациентов, 4 – для лечения детей).

Руководят отделениями:

взрослым ожоговым – Лещенко В.Т.

детским ожоговым – Зеленко И.Н.

ожоговой реанимацией – Золотухина Л.В.

В настоящее время Центр оснащен современным оборудованием и всем необходимым для оказания высокоспециализированной медицинской помощи пострадавшим с термическими поражениями. С 1979г. ожоговый центр является учебной базой для подготовки специалистов по термопатологии БелМАПО. До 2000 г. курсом комбустиологии руководил профессор Булай П.И., с 2000 г. по настоящее время – доцент Кошельков Я.Я. Ассистентами курса работают Серебряков А.Е. и Часнойть А.Ч.

В 2005 г. в Республике Беларусь введена специальность “комбустиология” и врачебная должность “комбустиолог-хирург”. Все комбустиологи-хирурги Республики прошли переподготовку в БелМАПО, 15 врачей стажировались в ожоговых центрах Великобритании, России и Украины.

Заведующие областными ожоговыми отделениями:

Брестской обл. – Семенюк А.Д.

Витебской обл. – Павленко А.В.

Гомельской обл.- Рубанов Л.Н.

Гродненской обл. – Головня В.И.

Могилевской обл. – Бейзеров Ю.М.

Итоги научной деятельности по проблеме термических поражений изложены в кандидатских диссертациях: Кот А.И. (1961 г.), Булай П.И. (1962 г.), Дорофеев В.М. (1971 г.), Кошельков Я.Я. (1979 г.), Воинов А.И. (1985 г.), Леонович С.С. (2000 г.), Почепень О.Н. (2012 г.). Сотрудниками ожогового центра (клиники и кафедры) опубликовано свыше 450 научных работ по проблеме термической травмы и ее последствий.

Благодаря организации специализированной медицинской помощи, внедрению в практику современных технологий, активной хирургической тактики при лечении глубоких ожогов, адекватной реанимационной и анестезиологической помощи при тяжелых ожогах, подготовке специалистов всех уровней по проблемам термопатологии значительно улучшились качественные показатели:

- в 2,5 раза сократились сроки лечения;

- в 3 раза сократилась летальность среди взрослых, а у обожженных детей – в десятки раз;

- в 2 раза снижена инвалидность от последствий ожогов.

В Республике практически приблизилась к нулю инвалидность связанная с тяжелыми дерматогенными контрактурами.

В перспективе развития службы комбустиологии – внедрение биотехнологий при лечении обширных глубоких и пограничных ожогов. Трансплантация кожи на больших площадях (свыше 10% поверхности тела) – это пересадка жизненно важного органа для спасения жизни пострадавшего. Необходимо приведение в соответствие потребности в закрытии ран эпителиальной тканью и возможности это выполнить современными технологиями в короткие сроки. Внедрение биотехнологий сократит сроки лечения тяжелообожженных с дефицитом донорских ресурсов, уменьшит количество септических осложнений, сократит этапность трансплантаций аутокожи, снизит летальность, улучшит функциональные и эстетические результаты лечения не только ожогов, но и иных ран.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Ширко Д.И., Дорошевич В.И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Указания об оздоровительных мероприятиях в войсках в форме религиозных требований относятся к глубокой древности. Требования к содержанию в чистоте лагерных стоянок, питанию воинов и дезинфекции захваченной у неприятеля добычи можно найти у древних народов. Элементарные понятия о важном значении профилактики в войсках были известны персам и грекам. Относительно высокой степени развития военная санитария, основанная на данных эмпирического наблюдения, достигла у римлян. Первые войсковые врачи появились в римских войсках в I веке нашей эры. Они привлекались в армию только на время похода в качестве временно наемных людей. Начало военно-медицинской организации по времени совпадает с учреждением постоянной армии при императоре Августе. В сочинениях Варрона и Вегеция дается описание гигиенических мероприятий, проводившихся в римских войсках: оздоровление лагерных стоянок, снабжение войск доброкачественной водой, меры предупреждения заразных болезней и пр. Такое внимание к санитарному обслуживанию римских войск объясняет, почему последние сравнительно мало страдали от эпидемий, несмотря на постоянные походы и длительные пребывания на территориях, где среди населения имело место широкое распространение заразных заболеваний.

После падения Римской империи все достижения в области военной гигиены были утрачены и на долгое время забыты.

В период феодальной эпохи научно образованных врачей в войсках не было. В дружинах европейских феодалов санитарные мероприятия фактически не проводились. Первые попытки медицинской организации в европейских войсках встречаются лишь в конце XV века в Испании, во Франции и в Римской империи.

Появление огнестрельного оружия привело к изменению системы организации и комплектованию армии. В войсках появились врачи, в задачу которых входило не только лечение больных и раненых, но и наблюдение за санитарным состоянием мест размещения. В результате многочисленных эпидемических заболеваний была установлена прямая связь между заболеваемостью военнослужащих и санитарным состоянием лагерных стоянок, качеством воды и состоянием питания, а также заболеваемостью населения в местах расквартирования войск. Было доказано санитарное значение чистого воздуха в жилищах для солдат и влияние загрязнения мест лагерных стоянок на развитие кровавых поносов, были предложены средства обеззараживания нечистот известью и воды - кипячением или добавлением купоросного масла.

Впервые Р. Фор «Войсковая медицина» (1681) попытался определить гигиенические задачи военных медиков. Согласно его концепции, военный медик должен быть, прежде всего, гигиенистом, обязанным указывать своему командиру на санитарные недочеты, угрожающие здоровью солдат, и рекомендовать пути устранения этих недочетов. Сформулированные более 300 лет назад, эти мысли сохранили свою актуальность и значимость и в настоящее время.

Тем не менее, по причине низкого уровня медицинских знаний, а также неблагоприятных условий для проведения оздоровительных мероприятий в войсках, роль военных врачей этой эпохи была весьма ограниченной, чем и объясняется практически полное отсутствие каких-либо сведений о попытках противодействия распространению болезней с использованием профилактических мероприятий.

Определяя значение военной гигиены для сохранения боеспособности армии, один из старейших военных гигиенистов К. Кирхнер в середине XIX века писал: «Чем величественнее и сложнее делаются задачи армии, тем более они всегда требуют и большего расхода сил, который неизбежно ведет к истощению, если служебные способности не будут предохранены от влияния вредных условий. Эта предохранительная сила есть «военная гигиена; исследование законов природы и приложение ее несчетных даров в области военно-санитарной части содействуют полному развитию вы-

держки, силы и бодрости, делающих его способным к достижению его высокой цели».

Гигиеническая регламентация основных сторон быта и боевой деятельности войск привела к расширению круга обязанностей войскового врача по сохранению здоровья войск. На военных врачей были возложены функции медицинского контроля за размещением, питанием, водоснабжением, физической нагрузкой и физическим состоянием войск. В основу предупреждения инфекционных болезней в войсках были положены гигиенические мероприятия, к которым позднее, присоединились и меры специфической профилактики.

В русских войсках до XVII века отсутствовала какая бы то ни была медицинская организация. Постоянный рост регулярной армии, обусловленный многочисленными и продолжительными войнами, неизбежно вызывал усиленную потребность и в медицинском персонале.

По приказу Бориса Годунова в 1605 году были отправлены медики, необходимые «лекарства и все нужное для спасения болящих» в войска, осаждавшие Кромы и оказавшиеся «жертвою повальной болезни: смертоносного мыта» (дизентерии). В 1616 году были утверждены должности полковых врачей, а во второй четверти XVII века врачебные должности были предусмотрены во многих полках, особенно иноземных.

В соответствии с воинским Уставом 1716 года впервые в русской армии были введены должности дивизионных врачей, полковых врачей (лекарей) и ротных фельдшеров. Полковым лекарям вменялось, кроме того, обучение ротных фельдшеров медицинскому делу, «...не только для одного бритья солдатского употреблять, но и учить их лекарскому делу, и чтоб со тщанием ходили за больными и ранеными». Все врачебные кадры вплоть до 1797 года занимались исключительно лечебным делом. Попечение о быте солдат возлагалось на командиров.

Несмотря на увеличение численности врачебных кадров в армии, они вплоть до 1797 года занимались исключительно лечебным делом. Попечение о быте солдат возлагалось на командиров.

Первой русской работой по военной гигиене является руководство А. Бахерахта «Способ к сохранению здоровья морских служителей, и особливо в Российском флоте находящихся» (1780). Автор пытался внедрить предупредительные мероприятия в российском флоте, а следовательно, и в российской армии. Им подробно изучены условия корабельной жизни, неблагоприятно отражающиеся на здоровье матросов, и дана следующая схема «доброго порядка жизни солдата: « добрые покои, добрая пища, свежий и сухой воздух, достаточная одежда, телесным силам соразмерное движение и работа, довольное отдохновение ночью, удаление от пьянства, неотлагание в начатии такого порядка, который нужно содержать усердно и непрерывно». Эта схема, несмотря на ее более чем двухсотлетнюю давность, не утратила своего значения до настоящего времени.

В 1813 году была издана вторая работа по гигиене «Карманная книга по военной гигиене, или замечания о сохранении здоровья русских солдат», написанная доктором медицины и хирургом Медико-хирургической академии И. Энегольмом (1764 - 1838). В ней изложены подробные рекомендации о сбережении здоровья солдат в мирное и военное время, касающиеся размещения войск, их питания и водоснабжения, режима труда и отдыха, в том числе и необходимые меры по профилактике цинги.

В годы Отечественной войны 1812 года в наставлении о мерах борьбы с цингой, составленном главой военно-медицинской организации русской армии Я.В. Виллие и разосланном в различные учреждения военного ведомства, говорилось о недостатке свежих овощей и квашеной капусты как главной причине этого весьма распространенного в тот период заболевания.

Как заповедь врача, не утратившую своего значения и в наши дни, следует рассматривать высказывания выдающегося терапевта М.Я. Мудрова, который впервые в России преподавал в 1809 - 1831 годах курс военной гигиены в Московском университете:

«Взять в свои руки людей здоровых, предохранять их от болезней наследственных или угрожающих. Предписывать им надлежащий образ жизни. Ибо легче предохранять болезни, нежели их лечить. И в этом состоит первая его обязанность».

В это же время (1809 г.) вышла в свет в виде отдельной книги знаменитая акто-

вая речь М.Я. Мудрова под названием "Слово о пользе и предметах военной гигиены или науки о сохранении здоровья военнослужащих". "Военная гигиена - говорится в этой книге -полезна каждому, начиная от унтер-офицера до генерала, чтобы беречь свое и своих подчиненных здоровье и учить их сохранять оное". И далее: "Полковых лекарей и дивизионных докторов должность есть не столь лечить, сколько предупреждать болезни, а тем более учить солдат беречь свое здоровье. Сытые и здоровые солдаты суть храбры, в трудах неустойчивы и, следовательно, непобедимы". М.Я. Мудров считается одним из первых ученых-медиков России, серьезно занимавшихся вопросами военной гигиены и преподаванием ее в виде отдельного курса в высшей школе.

Существенный вклад в практическую часть военной гигиены внес видный организатор медицинской службы русской армии генерал-штаб-доктор Р.С. Четыркин (1797 - 1865). Под его руководством написан ряд наставлений о профилактическом и лечебном обеспечении войск, в том числе и такие, как "Наставление по части практической военно-медицинской полиции", "Опыт военно-медицинской полиции, или правила к сохранению здоровья русских солдат в сухопутной службе". При нем вводятся систематические медицинские осмотры нижних чинов, контроль за размещением войск в казармах, контроль врачей за питанием и водоснабжением. Составляются инструкции о порядке проведения контроля.

В письме врачам действующей армии по поводу «предохранения людей от лихорадок и поносов от 18 июня 1848 года Р.С. Четыркин фактически сформулировал программу профилактической деятельности военного врача: «Медик, кроме ревностного участия, должен быть указателем и вместе с тем, так сказать, контролером исполнения».

В пятитомном труде «Военно-походная медицина» военного врача А.А. Чарковского, вышедшем в 1836 - 1837 годах был обобщен опыт Отечественной войны 1812 года. В этом труде излагаются гигиенические требования к обмундированию, питанию солдат, качеству воздуха в казармах и водоснабжению. Уделяется большое внимание методу очистки воды с применением угольного порошка.

Ко второй половине XIX столетия в русской армии уже определились обязанности военных врачей по охране здоровья военнослужащих. В их задачи входили наблюдение за питанием рядового состава, надзор за размещением войск в казармах и лагерях, регулярные телесные осмотры. При этом особое внимание обращалось на то, «соблюдают ли нижние чины должную опрятность, часто ли переменяют белье, ходят ли в баню и купаются ли».

Идея «общественного направления» гигиены была сформулирована в 1862 году профессором Я.А. Чистовичем, преподававшим гигиену в Медико-хирургической академии. Он писал, что «гигиена есть по преимуществу наука прикладная, способная принести прямую и очевидную пользу только тогда, когда проникает в жизнь народа и сольется с нею».

Большое значение для развития военной гигиены имели высказывания выдающегося деятеля медицинской науки Н.И. Пирогова. В «Началах общей военно-полевой хирургии», в которых анализируются материалы военно-госпитальной практики и воспоминания о Крымской войне и Крымской экспедиции 1865 - 1866 годов, он писал: «Я верю в гигиену. Вот где заключается истинный прогресс нашей науки. Будущее принадлежит медицине предохранительной. Эта наука, идя об руку с государственною, принесет несомненную пользу человечеству». Следует заметить, что эти замечательные мысли были высказаны Н.И. Пироговым в то время, когда гигиена была по преимуществу описательной дисциплиной и когда гигиенические предложения основывались не на эксперименте, а лишь на наблюдении и житейском опыте.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В БЕЛАРУСИ В 1959 – 2009 годах

Щавелева М.В., Глинская Т.Н.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
РНПЦ Медицинской экспертизы и реабилитации*

Указом Президента Республики Беларусь от 9 ноября 2010 г. № 575 «Об утверждении концепции национальной безопасности Республики Беларусь» определены основные задачи в области обеспечения национальной безопасности. В демографической сфере к ним отнесены: расширенное воспроизводство населения, снижение смертности, увеличение продолжительности жизни населения, сохранение его здоровья [1].

К сожалению, Республика Беларусь, как и большинство стран Европы, на рубеже XX–XXI вв. столкнулась с острым демографическим кризисом [2], когда в условиях мирного времени было зафиксировано превышение смертности над рождаемостью.

Для представления данной работы нами проанализированы результаты официальных переписей населения на территории БССР, проведенных в рамках всесоюзных переписей населения в 1959 (первая после Великой отечественной войны Всесоюзная перепись населения), 1970, 1979, 1989 гг., и официальные результаты переписей населения Республики Беларусь, проведенных в 1999 и 2009 гг. [3].

Численность населения республики за анализируемый период увеличилась на 18,0%. Вместе с тем положительный прирост для регионов зарегистрирован только в г. Минске и в Брестской области. Так, Минск из города с населением 510 тыс. человек превратился в мегаполис, где проживает более 1,8 млн. жителей. Темпы прироста населения в Брестской области составили +19,1%.

Таблица 1 – Темпы прироста численности населения Республики Беларусь и ее регионов за 50 лет (к уровню 1959 г.), %

Регион	Темпы прироста, %	Регион	Темпы прироста, %
Брестская область	+19,1	Минская область	–3,1
Витебская область	–4,1	Могилевская область	–7,2
Гомельская область	–23,2	г. Минск	+260,4
Гродненская область	–0,4	Республика Беларусь	+18,0

Численность жителей остальных регионов республики в 2009 г. была меньше, чем в 1959 г. Особенно значимый отрицательный прирост населения зарегистрирован в Гомельской области (–23,2%), что во многом объясняется механическим перемещением населения, последовавшими за аварией на Чернобыльской АЭС.

Переписи 1989 и 1999 гг. рассматриваются нами как критические точки анализа, поскольку в период между их проведением зафиксированы значимые негативные демографические явления. В 1991 году в Витебской и Минской областях были зарегистрированы отрицательные показатели естественного прироста населения (превышение смертности над рождаемостью). С 1993 г. отрицательный естественный прирост стал выступать в качестве основной характеристики демографических процессов, происходящих на территории республики. Население страны в период между этими переписями уменьшилось с 10,1 млн человек (10 151 806) в 1989 г. до 10,0 млн человек (10 045 237) в 1999 г. В настоящее время положительные показатели естественного прироста населения и прирост его общей численности фиксируются только в одном регионе – г. Минске. Однако и здесь с середины 1990-х годов до середины первого десятилетия XXI в. показатель естественного прироста имел отрицательное значение.

За 50-летний период коренным образом изменилась структура населения страны и, прежде всего, – по фактору расселения. Если в 1959 г. удельный вес сельских жителей составлял 69,2%, то к 2009 г. их доля в общей структуре населения страны составила только 25,7.

С одной стороны, изменение структуры населения в пользу преобладания городских жителей является закономерным демографическим процессом, с другой – именно село в течение многих лет являлось источником демографического развития городов [4] и страны в целом. Убыль сельского населения республики за анализируемый 50-летний период составила 3,1 млн человек (3 135 900), или 56,2%; прирост городского населения – 4,5 млн человек (4 584 000), или 85,0%. Темпы снижения численности сельского населения непрерывно нарастают, на этом фоне замедляются темпы прироста городского населения, увеличиваются среднегодовые темпы убыли населения страны (табл.2).

Таблица 2 – Среднегодовые темпы прироста (+), снижения (–) численности населения Республики Беларусь, % [3]

Группа населения	1959–1969	1970–1978	1979–1988	1989–1998	1999–2009
Все население	1,0	0,7	0,7	–0,1	–0,6
Городское население	4,3	3,4	2,4	0,5	0,2
Сельское население	–0,8	–1,9	–2,0	–1,3	–2,3

Следующий значимый фактор изменения структуры населения – возрастной.

За анализируемый период возрастная структура населения претерпела значимые изменения, связанные со снижением воспроизводства, улучшением выживаемости и определенным «накоплением» доли населения старших возрастных групп. В 1959 г. численность населения в возрасте младше трудоспособного в 2,3 раза превышала численность населения в возрасте старше трудоспособного. В 2009 г. населения в возрасте старше трудоспособного было в 1,4 раза больше, чем лиц в возрасте моложе трудоспособного. К сожалению, эта тенденция будет нарастать, так как в возрастную группу старше трудоспособного возраста перейдет многочисленная когорта жителей в возрасте 45–59 лет. В таблице 3 представлена динамика прироста населения возраста старше трудоспособного за анализируемый период для республики в целом и ее регионов.

Таблица 3 – Темпы прироста численности населения в возрасте старше трудоспособного по регионам республики в течение 1959–2009 гг., %

Регион	Темпы прироста, %	Регион	Темпы прироста, %
Брестская область	104,3	Минская область	70,0
Витебская область	57,9	Могилевская область	50,8
Гомельская область	82,1	г. Минск	933,5
Гродненская область	50,0	Республика Беларусь	96,2

Национальным статистическим комитетом приводятся следующие данные, характеризующие динамику среднего возраста населения в разных регионах республики (табл. 4).

Таблица 4. – Средний возраст населения Республики Беларусь по данным переписей 1989, 1999 и 2009 гг., полных лет

Год проведения переписи	Средний возраст, лет				
	Все население Республики Беларусь	В том числе			
		мужчины	женщины	городское население	сельское население
1989	35,1	32,5	37,4	31,8	41,3
1999	37,1	34,5	39,3	34,9	42,0
2009	39,5	36,8	41,8	38,0	43,7

Приведенные данные свидетельствуют о постарении населения с увеличением среднего возраста примерно на 2 года, регистрируемого при каждой последующей после 1989 г. переписи. Тенденция характерна для обоих полов. Постарение городского населения идет более быстрыми темпами; эти изменения ведут к сглаживанию разни-

цы между средним возрастом городского и сельского населения. Если при проведении переписи 1989 г. средний возраст сельских жителей превышал тот же показатель городского населения на 9,5 года, то по данным переписи 2009 г. – только на 5,7 лет.

По данным переписи 2009 года, наиболее старое население проживает в Витебской, Гродненской и Минской областях. Частично это связано с преобладанием сельского населения (в Гродненской области – 31,0%; в Минской области – 44,6%). В Витебской области удельный вес сельских жителей – только 27,1%, однако средний возраст населения региона самый высокий. Население Минска остается самым молодым, несмотря на быстрое увеличение численности лиц в возрасте 70 лет и старше, что обусловлено сохранением в столице положительного естественного прироста населения.

По нашему мнению, приведенные сведения были бы не полными, если бы не был представлен ряд данных, характеризующих ожидаемую продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ) для нашей страны. Известно, что показатель ОПЖ является индикатором социально-экономического развития любого государства. В соответствии с программой действий, принятой на Международной Каирской конференции 1994 г., все страны должны были стремиться к тому, чтобы в 2005 г. «...ожидаемая продолжительность жизни для обоих полов превысила 70 лет» [5]. Максимально зарегистрированное значение ОПЖ – это период с 1964 по 1969 гг. – 72,9 года. В 1999 г. было зарегистрировано минимальное с 1959 г. значение – 67,9 года. В дальнейшем отмечалась положительная динамика роста данного показателя, который, тем не менее, не достиг значений, имеющих место во многих европейских государствах. Причина не только и не столько в проблемах здравоохранения и экологии. Основное – влияние значительного числа социальных факторов и образ жизни.

Исторический экскурс в проблемы и особенности медико-демографической ситуации позволяет сделать вывод, что в плане демографического развития и прогноза, период 2012–2025 гг. будет достаточно сложным для Республики Беларусь. В активный детородный возраст начинают вступать малочисленные когорты детей, родившихся в 1990-е годы. Возраста старше трудоспособного достигают многочисленные когорты лиц, родившихся в послевоенные годы, что приведет к естественному увеличению смертности населения. Эти явления может усугубить трудовая миграция населения активного репродуктивного возраста. Однако, именно знание всех, в том числе и отрицательных, аспектов исторического развития и прогноза демографической ситуации должно способствовать ее нормализации.

Литература

1. Об утверждении концепции национальной безопасности Республики Беларусь: Указ Президента Респ. Беларусь, 9 ноября 2010 г., № 575 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс]. Минск, 1992–2012.
2. Злотников А. Г. // Демографія та соціальна економіка. 2006. № 1. С. 66–75.
3. Население Республики Беларусь: его численность и состав / Национальный статистический комитет Респ. Беларусь; ред. коллегия: В. И. Зиновский [и др.]. Минск, 2010. Т. 2. С. 10.
4. Предыбайло С. Д., Лин Д. Г. Сельское население Беларуси: демографический анализ. Минск, 2011. – 324 с.
5. Андреев Е.М., А.Г.Вишневский // Народонаселение. 2004. №3. С.75-84

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Щуко А.Г., Мищук И.Ф., Лобейко В.Н.

ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации ветеранов и инвалидов боевых действий на территории других государств»

Война в Афганистане явилась экстремальной обстановкой, нахождение в которой оказало глубокое воздействие на психику людей и вызвало изменения в жизнедеятельности.

тельности и поведении у ее участников. После возвращения в мирную обстановку ветераны пережили новые стрессы, связанные с адаптацией к мирной жизни, столкнулись с непониманием, осуждением, сложностями профессионального самоопределения, экономическими проблемами, проблемами в создании семьи, получения образования и многими другими.

Именно в связи с проблемой адаптации ветеранов и инвалидов боевых действий остро встал вопрос не только медицинской, но и психологической и психотерапевтической помощи жертвам травматического стресса и создания центра реабилитации.

Во исполнение Постановления Совета Министров Республики Беларусь № 42 от 31 января 1994 года приказом Министерства здравоохранения РБ № 92 от 25 апреля 1994 года, при содействии общественных организаций Витебской и Республиканской организации ветеранов войны в Афганистане, в 1994 году в городе Витебске был открыт «Республиканский Центр медицинской реабилитации воинов-интернационалистов». В 2010 году Государственное учреждение «Республиканский центр медицинской реабилитации воинов-интернационалистов» приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от «15» января 2010 г. № 25 «О переименовании и утверждении Устава государственного учреждения «Республиканский центр медицинской реабилитации ветеранов и инвалидов боевых действий на территории других государств», переименовано в государственное учреждение «Республиканский центр медицинской реабилитации ветеранов и инвалидов боевых действий на территории других государств».

Уникальность центра состоит в том, что у истоков его создания находились сами воины-интернационалисты (областные ветеранские ассоциации), а возглавил центр председатель Белорусского союза ветеранов войны в Афганистане Говорушкин С.Н. Также сотрудниками центра изначально являлись 12 участников войны в Афганистане, 6 сотрудников продолжают работать в центре и на данный момент. Такое активное участие в создании и деятельности центра людей, имеющих свой непосредственный опыт пребывания в военных действиях в Афганистане, позволило более глубоко, изнутри понять и оценить весь спектр проблем с которыми пришлось столкнуться людям, прошедшим через военные действия и выстроить концепцию работы учреждения. У истоков центра и над созданием концепции работали Говорушкин С.Н. (главный врач учреждения с 1994 г. по 1997 г.), Щуко А.Г. (главный врач учреждения с 1997 г.), сотрудники центра Колмаков Ю.П., Белогородцева Р. И., Якушкин Н.В., Волков А.В., а также оказали помощь сотрудники кафедры неврологии и нейрохирургии ВГМУ Алексеенко Ю.В., Пашков А.И. Реабилитация в центре проводится согласно разработанной концепции, а также на основании «Комплексной программы оказания медико-психологической помощи участникам военных действий с посттравматическим стрессовым расстройством и сопутствующей патологией (ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации», авторы Пушкарев А.Л., Аринчина Н.Г., Прилищ О. Н., Осипова А.В.)

На момент создания учреждения в Республике Беларусь проживало 29526 человек воинов-интернационалистов участников боевых действий на территории других государств, из них 870 инвалиды, раненых 1059, контуженных 3351.

Целью деятельности учреждения является оказание медицинской помощи ветеранам и инвалидам, участникам локальных войн на территории других государств, членам их семей и семей погибших.

Предметом деятельности учреждения является: медицинская реабилитация пациентов, диагностика заболеваний у пациентов, консультативная помощь пациентам, организационно-методическая помощь лечебно-профилактическим учреждениям по вопросам реабилитации ветеранов и инвалидов, внедрение эффективных методов и средств медицинской реабилитации, коррекция индивидуальных программ реабилитации пациентов учреждения.

Мощность учреждения составляет 100 коек. В структуре учреждения имеется два лечебных отделения; терапевтическое и неврологическое по 50 коек, отделение функциональной диагностики, физиотерапевтическое отделение, клиническая лаборатория, кабинет психотерапии, аптека. Также вспомогательные подразделения: бухгалтерия, хозяйственная служба и столовая.

В учреждении работает 12 врачей, 28 средних медицинских работников, 23 младших медицинских работника, и 33 работника административно-хозяйственной службы.

Учреждение функционирует 18 лет. Качественный уровень медицинского персонала вырос. На 2012 год 82% врачей и 92% медицинских сестер имеют высшую и первую категорию. Три врача учреждения награждены значком «Отличник здравоохранения Республики Беларусь», 6 сотрудников награждены почетными грамотами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Отбор в учреждение производится по направлениям, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь, учитывая показания и противопоказания. Длительность пребывания в учреждении определяется индивидуально, базовая продолжительность реабилитации 13 дней.

В своей работе для эффективной деятельности учреждение руководствуется показателями, которые приняты законодательством Республики Беларусь, непосредственно приказами Министерства здравоохранения и направлены на оказание высококачественной медицинской, психологической и социальной помощи ветеранам и инвалидам боевых действий, членам их семей и семей погибших.

За период с 1994 г. по 2011 год в ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации ветеранов и инвалидов боевых действий на территории других государств» прошли реабилитацию 42862 человек, ветеранов боевых действий 28282 (из них инвалидов 1955), членов семей ветеранов боевых действий 13781, членов семей погибших 1508.

На базе учреждения дважды (в 1998-1999 годах) проходил Межгосударственный научно-практический семинар «Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации ветеранов войн» с участием представителей реабилитационных центров государств-участников СНГ.

За организацию реабилитационного и лечебно-диагностического процесса в восстановлении здоровья воинов-интернационалистов проживающих в Республике Беларусь, учреждение награждено дипломом 3-степени на Международном конкурсе «За лучшие практические результаты Центров реабилитации ветеранов войн и участников локальных конфликтов, членов их семей и семей погибших», который проходил в г. Самара Российской Федерации в ноябре 2003 г, и в 2006г. дипломом Лауреата 2-го Международного конкурса на лучшее учреждение по профилактике заболеваний, укреплению здоровья и реабилитации участников локальных конфликтов, в номинации «За медико-социальную и психологическую реабилитацию семьи», г.Москва.

В мае 2011 года совместно с УО «ВГУ им.П.М. Машерова» на базе учреждения проходила Республиканская научно-практическая конференция «Психология экстремальных ситуаций: проблемы теории и практики».

Совместно с работниками кафедр Витебского медицинского государственного университета проводятся плановые и экстренные консультации пациентов учреждения, проводится научно-исследовательская работа.

Начиная с 2006 года, в учреждении оказываются платные услуги, а с 2009 года - экспорт платных медицинских услуг, которые востребованы населением. Перечень их постоянно возрастает, как в количественном, так и в качественном составе. Особой популярностью пользуются консультации врачей-специалистов, физиотерапевтические процедуры, прохождение реабилитации в стационаре.

Учреждение пользуется популярностью у населения не только г. Витебска и Витебской области, но и в целом по Республике Беларусь, а также в странах ближнего и дальнего зарубежья.

Деятельность ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации ветеранов и инвалидов боевых действий на территории других государств» по проведению медико-психологической реабилитации участников боевых действий, а также членов их семей имеет особую значимость и в настоящее время в связи с ухудшением состояния здоровья, нарастанием проявлений декомпенсации у ветеранов и инвалидов на фоне последствий ранений, травм, психогенных реакций боевой обстановки, вторичных стрессов.

Отечественные и зарубежные исследования негативных последствий участия в

военных действиях показали, что возникающее вследствие военного стресса посттравматическое стрессовое расстройство протекает хронически, имеет тенденцию к постепенному ухудшению с течением времени, приводит к формированию стойких соматических и невротических заболеваний, особенно без оказания своевременной медико-психологической реабилитации. Основываясь на анализе данных, полученных в нашем учреждении за 18 лет работы, можно подтвердить, что пребывание в экстремальных ситуациях для людей даже в отсроченном периоде имеет достаточно деструктивные последствия для физического и психического здоровья и социальной реализации.

Таким образом, история и деятельность ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации ветеранов и инвалидов боевых действий на территории других государств» уникальны, центр выполняет важную функцию проведения медико-психологической реабилитации, что является важным элементом успешной социально-психологической адаптации участников боевых действий, профилактики и лечения у них психосоматических заболеваний. Актуально и в дальнейшем исследование темы негативных последствий военного стресса и изучение формирования патологических процессов психосоматических расстройств, что позволит лучше понять этиологию, механизм, отдаленные последствия и эффективные подходы при оказании медико-психологической помощи после пребывания в экстремальных ситуациях.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СОВЕТА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В 3-й ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ имени Е.В. КЛУМОВА

Южик С. Ф.

УЗ «3-я городская клиническая больница имени Е.В.Клумова»

Совет медицинских сестер - совещательный орган при главном враче больницы, действующий на общественных началах, занимающийся вопросами организации работы среднего медицинского персонала, повышения его квалификации, улучшения качества и культуры медицинской помощи и ухода за больными, осуществляющий общественный контроль за работой средних медицинских работников.

Основная работа со средним и младшим персоналом в учреждении здравоохранения проводится Советом медицинских сестер больницы. Совет медицинских сестер был создан в 3-ей городской клинической больнице по инициативе профессора И. Д. Мишенина. В начале 1950 года профессор Мишенин И.Д. зашел в ординаторскую, где проводилась техучеба с медицинскими сестрами терапевтического отделения. Профессор Мишенин посидел, послушал, а затем сказал, что нужно такие занятия организовать для медицинских сестер больницы, как это уже практикуется в крупных больницах г. Москвы. Старшая медсестра терапевтического отделения, посоветовавшись с главным врачом больницы, обратилась с письмом к председателю Совета сестер больницы им. Склифосовского в Москве с просьбой поделиться опытом. Получив краткий ответ, а затем согласие администрации больницы была организована первая общебольничная конференция средних медицинских работников 3-го объединения, на которой после лекций и докладов был избран Совет медицинских сестер в количестве 5-ти человек, в который вошли медицинские сестры: Соколова М.А.- председатель, Галушко В.А.-секретарь, Бондаренко, Трепашко и Кулаго – члены.

Необходимость создания Совета сестер диктовалась жизнью. В те годы многие медицинские сестры не имели специального образования, они прошли свою учебу на полях сражений в качестве санитарных дружинниц. Появилось стремление повысить свою квалификацию, так как время не стояло на месте, внедрялись в практику новые методы диагностики и лечения, новые лекарственные препараты.

Создание совета сестер медсестер нашло горячий отклик среди медсестер объединения. В то время никакого положения, определяющего функции и задачи Совета сестер не было. «Новорожденный» совет начал свою работу с определения своих

задач. В протоколе №1 от 28.04.1950 года зафиксированы следующие основные задачи:

Повышение квалификации среднего и младшего медперсонала.

Систематическое руководство и контроль за работой среднего и младшего медперсонала отделений больницы и поликлиник, направленное на всемерное улучшение качества медицинского обслуживания.

Овладение смежными специальностями.

Применение учения Павлова и охранительного режима на практике в отделениях.

Повышение политического уровня и общеобразовательных знаний среднего и младшего персонала.

Организация социалистического соревнования за лучшую работу среднего медперсонала.

Таким образом, на 1-м заседании совета сестер были определены задачи и цели, распределены обязанности, был составлен план работы на год, который утверждался главным врачом, местным комитетом. Совет сестер активно участвовал во всех общественных мероприятиях больницы.

Опыта работы Совет сестер не имел, но уже в сентябре 1950 года Минский Горздравотдел поручил Совету сестер 3-й ГKB организовать I-ю городскую конференцию медицинских сестер. Конференция была очень многочисленна, и проводилась в аудитории Минского медицинского института с участием Министра здравоохранения БССР, его заместителей, профессорско-преподавательского состава, заведующего городским отделом Здравоохранения, главных специалистов, главных врачей больниц, заведующих отделений клиник и поликлиник.

На этой конференции был создан Минский городской Совет сестер, председателем которого была избрана Соколова М.А.

Совет сестер 3-го объединения активно помогал созданию советов медсестер в крупных больницах города Минска –1-й, 2-й, 5-й, а также медсанчасти Тракторного завода, за что был награжден Грамотой Горздравотдела и Обкома Профсоюзов.

Общесоюзного положения о Совете сестер тогда еще не было, и в основу вновь организованных советов медсестер легли положения, выработанные советом сестер 3 ГKB, которые откорректировала и утвердила Е. Е. Серкова заместитель Минского городского отдела здравоохранения.

С целью изучения опыта работы совета сестер других городов 6.10.1950 года совет сестер 3-й городской клинической больницы обратился к председателю совета сестер г. Москвы Линьковой. Получив ответ, выяснилось, что цели и задачи соответствуют, однако, в состав совета г.Москва входили все старшие медицинские сестры отделений. Используя этот опыт, совет сестер пополнили старшими сестрами отделений и поликлиник.

Заседания совета сестер проводились один раз в месяц. На заседаниях заслушивались вопросы, наиболее актуальные для того времени: отчеты старших медсестер стационаров и поликлиник, итоги проверки работы всех звеньев в дневное и ночное время, составление графиков, планов повышения квалификации, обучения смежным специальностям, гигиена и внешний вид, санитарный режим, о посещаемости техникумы и многие другие, связанные с повседневной работой, и направленные на ликвидацию недостатков в деятельности среднего и младшего медицинского персонала.

Для более детальной проверки работы среднего и младшего медперсонала был разработан целый ряд схем:

Работа операционно-перевязочного блока

Работа различных кабинетов поликлиник

Работа здравпунктов

Работа персонала в вечернее и ночное время

Работа пищеблока

Работа сестер-хозяек

При содействии совета сестер проводилась работа с кадрами по освоению смежных специальностей, так как больницы и поликлиники сталкивались с трудностями замены старшей медсестры, операционной, перевязочной, рентгенлаборанта и т.д. Показателен случай, когда в 1950 году заболела м/с Синкевич Н.М., то оказалось, что

кроме нее, никто не умеет снимать электрокардиограмму. Уже в 1952 году электрокардиографией владели все медицинские сестры терапевтических отделений.

Первые сестринские конференции проводились ежемесячно. Тематика докладов и лекций была самая разнообразная. Активность посещения конференций росла постоянно, если на 2-х первых конференциях все легко помещались в кабинете главного врача, то участники последующих конференций вмещались только в аудитории.

Научные конференции завоевали самое благожелательное внимание со стороны профессорско-преподавательского состава, который охотно оказывал совету сестер помощь в выборе тематики, литературы, а также личным участием в чтении лекций.

Помимо конференций медицинских сестер 1-2 раза в год проводились конференции для младшего медицинского персонала. Тематика была разнообразной: «Гигиена женщины», «Культура поведения младшего медицинского персонала», «Влажная уборка помещений и дезинфекция» и т.д.

В 1956 году было получено положение о совете сестер, утвержденное МЗ СССР. Задачи и функции совета сестер расширились, работа совета стала более разнообразной и интересной.

Совет медицинских сестер стал больше уделять внимания организации работы среднего медицинского персонала в поликлиниках, на здравпунктах предприятий, добиваться повышения качества и культуры обслуживания пациентов и посетителей, соблюдению охранительного режима, организации работы участковых медсестер, ведению медицинской документации, подписке на специализированную литературу, хранению медикаментов, проведению санитарно просветительной работы и т.д.

Новые формы работы совета медицинских сестер способствовали дальнейшему повышению квалификации средних медицинских работников, воспитанию добросовестного отношения к труду. Сотрудники стали принимать более активное участие в общественной жизни больницы, чаще участвовать в художественной самодеятельности.

В 1957 году была проведена юбилейная 50-я конференция среднего персонала нашей больницы, посвященная 40-й годовщине Великой Октябрьской революции. Эта конференция отметила, что за семь лет советом сестер проведена значительная работа, которая принесла значительную пользу. Повысилась деловая активность, квалификация и общий культурный уровень медсестер. В стационарных отделениях и в поликлиниках значительно повысилось качество медицинского обслуживания пациентов.

По просьбе редакции журнала «Здравоохранения Белоруссии» практика работы нашего совета сестер была освещена на страницах этого журнала. Опыт работы совета сестер нашей больницы неоднократно освещался на страницах республиканской и союзной печати:

1953 год, в газете «Медработник» №10 от 13.11. статья председателя Совета сестер М.А. Соколовой « Совет медицинских сестер».

1954 год, в журнале «Здравоохранение Белоруссии» №4 статья председателя Совета сестер 3-й клинической больницы «Совет медицинских сестер одной больницы».

1962 год в газете «Медработник» статья Е.А.Гамелеевой и Андреевой « Об организации обслуживания в хирургических отделениях 3-й клинической больницы.

1964 год, в журнале « Медсестра» №2 «Об опыте работы Совета медицинских сестер клинической больницы №3 г. Минска» Статья председателя Совета сестер Ф. С. Шейкман.

1967 год, в журнале « Медицинская сестра» №1, статья главной медицинской сестры 3-й клинической больницы имени Е. В. Клумова «Конференция в Минске».

1968 год, в журнале «Здравоохранение Белоруссии» №8 статья старших медицинских сестер «Работа медицинских сестер 3-й клинической больницы им. Е. В. Клумова».

В результате публикаций опыт работы нашего совета и предложения наших сестер были внедрены в практику работы других больниц, о чем свидетельствуют отзывы в журнале «Медсестра» за 1965 год №6 стр.57, и за 1966 год №2 стр.58.

За помощью в организации работы советов медсестер в клинику обращались не

только многочисленные медучреждения г. Минска, но также медицинские сестры из гг. Вилейка, Гомель, Армавир, Кустанай, Смоленск и др. Всем была оказана практическая помощь в составлении планов работы совета, проведения конференций, овладения смежными специальностями, организации встреч молодых медсестер с ветеранами труда, даны схемы отчетов и ряд практических советов.

За все время существования совета медицинских сестер председателями совета медицинских сестер клиники были Соколова М.А., Юдина К.З., Шейкман Ф.С., Бойко В.Ф. Они внесли огромный вклад в становление и развитие совета медицинских сестер клиники и города.

НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССОРА А.С. ЛЕОНТЮКА В ОБЛАСТИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ МОРФОЛОГИИ

Янушкевич П.Г., Мельников И.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Профессор А.С.Леонтьук – один из пионеров внедрения методов количественной морфологии в Республике Беларусь. Направления его научной деятельности в этой области весьма многообразны. В данной работе описаны лишь некоторые из них.

Имя Анатолия Сергеевича Леонтьюка обычно тесно связывают с использованием метода информационного анализа в морфологию. Инициатором внедрения информационного анализа в медицину в Минском государственном медицинском институте был доцент кафедры общей химии Вадим Александрович Бандарин. Под его редакцией в 1974 году вышел сборник работ сотрудников кафедр мединститута «Теория информации в медицине». В этом сборнике помещены 2 статьи А.С.Леонтьюка с соавторами, посвященные методике применения информационного анализа в морфологии.

Эти и последующие работы, в частности, монография 1981 г. (вместе с соавторами) «Информационный анализ в морфологических исследованиях», получили широкое признание в Советском Союзе. Все без исключения сотрудники кафедры гистологии, эмбриологии и цитологии МГМИ использовали эту методику в своих научных работах.

Одной из первых в республике кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии Минского медицинского института приступила к применению метода машинного анализа в изучении морфологии биологических структур в республике. В отличие от московских исследователей, применявших метод оптико-структурного анализа (метод ОСМА - проф. Н.А.Юрина), сотрудники кафедры гистологии МГМИ еще в 1979 г получила в свое распоряжение анализатор изображений на базе телевизионного микроскопа Omnicon FAS II фирмы Baush & Lomb, а также прибор для морфометрии рисунков и фотографий МОР АМ03 фирмы Zeiss.

Эти приборы позволили напрямую измерять количественные параметры видимых в микроскоп гистологических структур – площадь, периметр, диаметры клеток, клеточных ядер, сосудов и т.п. Дальнейшая статистическая обработка, сравнение с контролем, применение методов классификации клеток и другие методы количественного исследования дали возможность обнаружить тонкие количественные изменения морфологии, недоступные для непосредственного наблюдения.

С 80-х годов сотрудники кафедры стали широко использовать компьютерную и ручную морфометрию для описания особенностей развития тканей, органов и клеток.

В 80-е годы на кафедре стал широко использоваться метод кариометрии – изучение количественных параметров клеточных ядер таких как площадь, периметр, длина короткой и длинной осей ядра, их отношение и т.п. Как оказалось, кариометрические характеристики позволяют изучать изменения клеток, дифференцировку тканей, формирование органов. Под руководством Анатолия Сергеевича было выполнено несколько кандидатских и докторских диссертаций, а также множество студенческих научных работ с использованием большого объема кариометрических данных.

На кафедре проводились количественные исследования с использованием корреляционного анализа, который позволяет оценивать наличие связей между характеристиками клеток. Он способен отражать наличие и степень прямо и обратно пропорциональных связей между парами количественных показателей, изменяясь от +1 до -1, соответственно. Этот тип анализа данных оказался пригоден для описания процессов развития и роста компонентов сложных систем с оценкой силы связей между ними. Такие работы выполнялись практически всеми сотрудниками кафедры, а также широко применялись в студенческих научных работах.

Методы математического моделирования, в частности, регрессионные модели, начали применяться в исследованиях сотрудников кафедры с середины 80-х годов. Простая линейная регрессионная модель отношений двух параметров описывается уравнением пропорциональной зависимости

$$Y = A \cdot X + B$$

Например, связь площади и периметра клеточного ядра описывается уравнением:

$$A = 2,403 \cdot P - 21,1418,$$

где A – площадь ядра в $\mu\text{м}^2$, P – периметр в $\mu\text{м}$.

Метод нашел свое применение при математическом описании процессов гистогенеза в развитии эмбрионального легкого (Б.А.Слука), в развитии сумки Фабрициуса курицы (И.А.Мельников), при исследовании развития щитовидной железы крыс (В.С.Гайдук) и др.

В 60-е годы были описаны новые математические объекты – фракталы – самоподобные объекты, имеющие одну и ту же фрактальную размерность, вне зависимости от масштаба изображения сложного объекта. Но бесконечное дробление и подобие мельчайших частей целому – это есть принцип «устройства» природы. В настоящее время придумано множество искусственных моделей, иллюстрирующих этот принцип. Все части живых организмов несут в себе черты самоподобия, а многие биологические структуры имеют откровенные фрактальные формы.

Выяснилось, что использование фрактальных характеристик пригодно для описания развития и моделирования сложных морфологических объектов, таких как сосудистое дерево или извилистый складчатый объект.

В человеческом организме множество фракталоподобных образований. Фракталы найдены и на субклеточном уровне организации живой системы – поверхность ядерной мембраны, цитоскелет. В исследованиях сотрудников кафедры под руководством А.С. Леонтьева применялась оценка фрактальной размерности для описания морфологии развития нижней оливы (Фомина Л.В.), для описания морфологических изменений просвета органов в ходе эмбрионального развития, в частности, просвета сумки Фабрициуса курицы (Мельников И.А.).

ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АДЛЕРА ШАУЛЯ

Янчогло И. И., Чернова О.А.

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет
(Россия)*

Адлер Шауль родился 17 мая 1895 года в городе Кореличи, Российской Империи (в настоящее время это территория городского посёлка Гродненской области в Белоруссии). В 1900 году в пятилетнем возрасте он и его семья переехали в Англию, и поселились в Лидсе. Учился Адлер Шауль в Университете Лидса. Он получил степень доктора медицины в Университете Лидса (1917 году). Во время первой мировой войны служил в Королевском армейском медицинском корпусе Британской армии врачом, который отправил его служить на Ближнем Востоке в 1917-1920-х годах в звании капитана. Здесь он впервые серьёзно занялся тропической медициной. После окончания службы он продолжил обучаться этой науке в Ливерпуле (Ливерпульский институт тро-

пической медицины, 1920 год), а затем в Западной Африке. В 1921 году Адлер отправился в Сьерра-Леоне для проведения исследований по борьбе с малярией. Под его руководством было проведено несколько научных экспедиций вдоль берегов и на островах Средиземного моря..

В 1924 году он был вызван в Иерусалим, где Хаим Вейцман предложил ему работу по разработке нового института микробиологии. В том же году он начал работать в Палестине в больнице Хадасса, став директором отдела паразитологии в 1927 году. В 1924 году он стал доцентом кафедры паразитологии в Еврейском университете в Иерусалиме и являлся профессором и директором Института паразитологии при этом же Университете с 1928 по 1955 год.

В 1930 году в сотрудничестве с Израилем Ахарони, Адлер привез три золотистых хомячка из Сирии и успешно разводил их в качестве лабораторных животных. Все хомячки в каждой лаборатории во всем мире происходят от двух самок и одного самца, что он вырастил в Иерусалиме.

Он был связан с Еврейским университетом на оставшуюся часть своей жизни. Основная тема в работах Адлера - лейшманиоз. Он исследовал болезни в Средиземном море и по всему миру, обнаружил несколько видов лейшманиоза и заболеваний, связанных с паразитами, в том числе болезнь Шагаса. Как учитель и педагог в научных дисциплинах, он подготовил много учеников, которые и сегодня работают в различных научно-исследовательских учреждениях. Адлер также произвел важные исследования в области малярии. Получил много наград.

Награды А.Шауля:

В 1933 году награждён Чалмерской золотой медалью, вручаемой Английским Королевским обществом тропической медицины и гигиены в Лондоне.

В 1944 году избран председателем Свободного медицинского факультета Еврейского университета в Иерусалиме.

В 1947 году награжден орденом Британской империи

В 1957 году стал лауреатом Государственной Премии Израиля в области медицины.

В 1957 году избран членом Английского Королевского общества в Лондоне. (Нужно отметить, что он был первым гражданином Израиля, который удостоился чести быть избранным этим обществом).

В 1965 году удостоен звания почетного доктора Университета Лидса.

Награждён орденом Феникса, являющимся одной из высших научных наград Греции.

Он также получил премию Черниковский образцовый перевод, за его перевод работы Чарльза Дарвина «Происхождение видов».

Несмотря на то, что награды «посыпались» на Адлера Шауля - он остался совершенно неприязнительным и скромным человеком.

- Улица в Иерусалиме названа в его честь (Дом Императрицы Таиту – жемчужина «эфиопского» строительства в Иерусалиме и одна из его достопримечательностей, находится по адресу - Шауль Адлер, 7, Иерусалим, Израиль).

- Комната в Еврейском университете в Иерусалиме была построена в его честь.

- Его портрет появился на штампе в Израиле в 1995 году.

Он предположил, что "Тайная болезнь" Чарльза Дарвина была болезнью Шагаса (американский трипаносомоз). Хотя этот диагноз в настоящее время опровергнут, это предложение сделало многое, чтобы возбудить интерес к хронической болезни Дарвина.

Опубликованные работы А. Шауля: в 1925 году он опубликовал книгу о передаче лейшманиоза человеку через москитов; в 1960 году он перевел работу Чарльза Дарвина «Происхождение видов» на иврит.

Кроме своей научной врачебной деятельности, он также был специалистом в иврите и идише, увлекался как елизаветинской поэзией, так и классической и современной литературой на иврите. Ещё, будучи студентом, проявлял большой энтузиазм в изучении естественных наук, истории и математики, обладая значительными способностями в этих областях.

Последние годы жизни и смерть ученого. Его исследования возвратного тифа в Эрец - Израиль проводились в пещере, что привело к его заражению, и в результате к инфекции возвратного тифа.

Адлер Шауль умер в Иерусалиме 25 января 1966 года. В его похоронах принял участие сам президент Израиля.

Исследования Адлера Шауля привели к определению клещевой лихорадки крупного рогатого скота, а также введение в Израиле вакцинации против *Theileria* и *Anaplasma* крупного рогатого скота. Эти меры позволили процветать молочной промышленности сегодня. Он также представил надежный метод для классификации клещей и описал способ различения вида moskitov.

Инфекционные заболевания вновь становятся всемирной угрозой. Существуют врачи и исследователи, занимающиеся данной проблемой, однако до сих пор ей не уделяется должное внимание в развитых странах. Мир игнорирует такие серьезные заболевания, как СПИД и лихорадку Эбола, на свой страх и риск.

Следует отметить, что, в то же время, Израиль может гордиться тем, что сыграл существенную роль в борьбе с тропическими болезнями, благодаря работе Института Микробиологии, основанного Адлером Шаулем в 1925 году. Сам же Адлер стал одним из ведущих учёных страны. Работой всей его жизни стало изучение Лейшманиоза - протозойного заболевания, передающегося человеку через укусы moskitov – которое до сих пор вызывает гибель миллионов людей каждый год, и было объявлено ВОЗ одним из шести наиболее опасных заболеваний в мире. Также он достиг успехов в изучении малярии, возвратной лихорадки, дизентерии и проказы.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ НОРМАЛЬНОЙ АНАТОМИИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА БГУ

Ярошевич СП.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Кафедра нормальной анатомии в составе медицинского факультета БГУ работала с 31 октября 1921 г. по 12 августа 1930 г. до преобразования медицинского факультета в Белорусский медицинский институт.

Организация института (кафедры) анатомии была возложена на заведующего кафедрой анатомии Московского университета Петра Ивановича Карузина. Член комиссии по организации университета профессор Минор Л.С. считал надлежащее обустройство анатомического театра необходимым условием для приглашения квалифицированных кадров. Ректор БГУ Пичета В.И. отмечал, что в подготовительный период главное внимание было обращено на сооружение анатомического института, оборудованного по указанию профессора Карузина П.И.

Из нескольких предложенных зданий комиссия по организации БГУ детально обсуждала два варианта размещения кафедры: в одном из зданий духовной семинарии (в настоящее время в нем расположено суворовское училище) и в здании бывшей фабрики «Виктория» по Магазиной улице (сейчас жилой дом по ул. Кирова, 23). Профессор Карузин П.И. счел первый вариант несоответствующим потребностям кафедры из-за недостаточной освещенности помещений для секционных залов и малой вместимости аудиторий, а здание фабрики «Виктория», напротив, в высшей степени пригодным для устройства института нормальной анатомии. Упомянутое здание было занято мастерскими для ремонта сельхозинвентаря, и в мае-сентябре 1921 г. в нем производился ремонт и приспособление помещений под институт анатомии. На первом этаже были оборудованы два секционных зала, в которых одновременно могли заниматься до 200 студентов, на втором этаже - аудитория на 250-300 мест, студенческий зал и анатомический музей. Подвальное помещение было приспособлено для хранения трупов, имелся подъемник для подачи анатомического материала в аудиторию. К началу занятий было подготовлено около 400 костей, 3 черепа, 3 смонтированных на штативах скелета. Художниками Прокофьевым М. и Орловым С. нарисовано около 100 анатомических таблиц, развешенных в застекленных рамах в секционных и студенческих залах. Из учебной литературы кафедра располагала лишь 50 учебниками, кото-

рых было явно недостаточно для 350 студентов, обучавшихся на первом курсе.

В первом учебном году кафедрой по совместительству заведовал профессор Карузин П.И. В 1922 г. по его рекомендации кафедру возглавил анатом и хирург Сергей Иванович Лебедин. Преподавательский состав подбирался Карузиным П.И. из местных врачей-хирургов. В подготовительный период на должность прозектора принят Перельман И.М., помощника прозектора - Борухин М.А., на должности ассистентов зачислены Таубкин Л.Д. и Иргер Ю.М. Этот первоначальный состав преподавателей оставался до 1926 г., но с 1924 г. преподаватели-хирурги работали на кафедре по совместительству, переходя на постоянную работу на открывающиеся хирургические кафедры. На занятие вакантных должностей в 1921-25 гг. имелось восемь претендентов, но никто из них не пополнил штат кафедры. В 1926-1928 гг. прозектором работал Яхимович Ф.А., окончивший аспирантуру по анатомии в Московском университете. В 1927 г. в аспирантуру по анатомии принят Андреев И.Д., на должности научных сотрудников были зачислены выпускники медфака, бывшие кружковцы, Голуб Д.М. в 1926 г. и Плисан О.Г. в 1927 г.. Ассистент Мангейм А.Е. работал только первый учебный год, один год работал также Плисан О.Г.

Учебным планом медицинского факультета на изучение анатомии предусматривалось 450 часов в четырех семестрах. В 1922-1923 учебном году выделялось по 4 часа лекционных и 6 часов практических занятий в неделю. С переходом в 1924 г. на предложенный Главпрофобром БССР новый учебный план, продолжительность преподавания анатомии сокращалась до трех семестров. В первом и втором семестрах отводилось еженедельно на лекции 4 часа, на практические занятия - 12 часов, в третьем семестре - 6 и 12 часов соответственно. Со студентами второго курса велось дополнительно прорабатывать программу упраздненного четвертого семестра. В 1925 г. вводится семинарско-групповая и лабораторная система преподавания, что должно было усилить самостоятельную работу студентов. Лекциям отводилась вспомогательная роль, сдача зачетов и экзаменов упразднялась. С 1926 г. курс анатомии человека сокращается до 288 часов. Ученый совет Наркомздрава требовал усилить преподавание физиологии за счет морфологических дисциплин - анатомии и гистологии. Внедрение «активного метода преподавания» сопровождалось сокращением лекционного курса. Приказом декана медфака кафедре нормальной анатомии предписывалось с 25 апреля 1930 г. отменить чтение лекций и усилить ведение практических и групповых занятий. На деле активный метод преподавания привел к пассивности студентов и, как отмечал декан медфака, с отменой зачетов и экзаменов появились группы студентов, которые считают, что не нужно заниматься и даже посещать практические занятия.

В преподавании курса анатомии человека использовались практические занятия, групповые занятия (семинары), и лекции. Практические занятия состояли в изучении малыми группами (по 12 человек) учебного материала на предварительно изготовленных самими студентами препаратах. Занятия одновременно могли вестись с 18 группами студентов по числу столов в секционных залах. Для самостоятельной работы студентов был выделен зал с готовыми препаратами. Каждая группа за учебный год отрабатывала 2-3 трупа. За первый учебный год было использовано 80, за второй - 79, в 1927 г. - 60 трупов. В этом году началась доставка трупов из Витебска и Могилева, о которой Лебедин СИ. ходатайствовал еще с 1924 г.. Групповые занятия (семинары) проводились с группами по 25 студентов и заключались в демонстрации и объяснении материала темы преподавателем на готовых препаратах с последующей самостоятельной работой студентов с использованием этих же препаратов. В лекциях проводилось обобщение и разъяснение с позиции филогенеза и онтогенеза, изученного на практических и семинарских занятиях материала, что, по мнению Лебедина СИ., способствовало уяснению связи строения с развитием, более глубокому усвоению и пониманию строения тела человека. В первом учебном году трехчасовые лекции читал профессор Карузин П.И., приезжая ежемесячно из Москвы на 7-10 дней. Первая лекция состоялась 2 ноября 1921 г. Со следующего учебного года лекции читал Лебедин С.И., который, по утверждению студентов, живо заинтересовал их своими лекциями. По ходатайству студентов, совмещавших учебу с работой, лекции читались в вечернее время. Студентам представлялись имевшиеся в распоряжении кафедры учебники анатомии

Брауса Г., Брезике, Батуева Н.А., Зернова Д.М., Лысенкова Н.К., Раубера А.А., Тонкова В.Н., Яцуты К.З., атлас Шпатегольца В.

В 1923 - 1924 учебном году на кафедре организован студенческий научный кружок. В первый год его работы кружковцы сделали четыре реферативных доклада: о дроблении яйцеклетки (Герке П.Я.), о дериватах жаберных щелей (Усманов А.М.) и два доклада о вариантах строения мышц (Плисан О.Г.). Кружковцы также начали исследования на анатомическом материале. В 1924-27 гг. Голуб Д.М. выполнил работу об аномалиях мышц, Блох Н.Г. - об аномалии грудино-ключично-сосцевидной мышцы, изучал аномалии медиальной клиновидной кости, совместно с Голубом Д.М. подготовил к печати работу об аномалиях двубрюшной и челюстно-подъязычной мышц. В 1928-29 учебном году работа кружка приостановилась, как отмечал Лебедин С.И., из-за отсутствия студентов, желающих работать по анатомии.

С перемещением кафедры в декабре 1929 г. в новый анатомический корпус условия работы значительно улучшились. В составлении архитектурного проекта здания деятельное участие принимал Лебедин С.И. Его рекомендации основывались на личном опыте знакомства в 1927 г. с устройством анатомических институтов Германии и Австрии. Вместе с тем, преподавателям приходилось работать с большим напряжением - на кафедре остались только 3 преподавателя: профессор Лебедин С.И., ассистенты Борухин М.Л., Голуб Д.М. и аспирант Андреев И.Д., которые вели занятия с 260 студентами обоих курсов. Преподавателям приходилось иметь ежедневную нагрузку 8, а часто 10 и даже 12 часов.

В условиях недостатка учебной литературы, важное значение в наглядности обучения придавалось учебному анатомическому музею, который создавался с первого года работы кафедры. В 1924 г. организуется «показательный музей», который с 1925 г. стал широко использоваться в санпросветработе.

Начало научных исследований на кафедре относится к 1922 г. По замыслу Лебекина С.И., работа велась в сравнительно-анатомическом и эмбриологическом направлениях. Лебедин С.И. изучал вопрос о положении полукружных каналов у млекопитающих животных в филогенезе, расширенный в дальнейшем до проблемы закономерностей развития полукружных каналов у позвоночных. Одновременно им разрабатывались методы графических и пластических реконструкций, применяемых при исследовании эмбриологического материала. Исследовался также анатомический материал на выявление вариантов строения и аномалий мышц, кишечника, сосудов, извилин полушарий большого мозга (Голуб Д.М., Борухин М.А., Андреев И.Д.). В 1927-1929 гг. техническое оснащение кафедры улучшилось - получены бинокулярный микроскоп Цейса, бинокулярная лупа, рисовальный аппарат, микротом, термостат. Сотрудниками кафедры в значительном количестве собраны эмбрионы человека и животных - материал для изготовления серийных срезов. Это позволило расширить круг исполнителей основного направления исследований кафедры.

Несмотря на объективные трудности - недостаточное количество преподавателей и их перегрузку учебной работой, недостаток учебников и атласов, научного оборудования, ограниченность в отпускаемых денежных средствах, работа кафедры неизменно получала положительную оценку предметных комиссий и декана медицинского факультета.

СОДЕРЖАНИЕ

ИСТОРИЯ ФИТОТЕРАПИИ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В БЕЛАРУСИ Авхукова М. А., Баранова О.А.....	3
ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ Э.ОЖЕШКО Авхукова М.А., Корсун Е.В.	4
ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Алексеев С.А.....	5
ИСТОРИЯ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 2 Г. ГРОДНО – ОТ ПОСЛЕВОЕННОГО ЗДАНИЯ МОНАСТЫРЯ ДО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ Андреевский А.С., Бородулина Л.П.....	9
ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ Артёменко Н.А., Петрище Т.Л.....	11
СТАНЧО МИЛЕНКОВИЧ МИЛЕНКОВ Артишевский А. А.....	14
ИСТОРИЯ АПТЕКИ №21 Г. БАРАНОВИЧИ Барткевич С. К., Санчук Е.Г.	16
НАУЧНЫЙ ВКЛАД ПРОФЕССОРА В.А. АРНОЛЬДОВА В РАЗВИТИЕ ГИГИЕНЫ И САНИТАРНОГО ДЕЛА Белоногов И.А.....	19
Е.А.ХИТРОВО (1805-1856) – СЕСТРА-НАСТОЯТЕЛЬНИЦА ОДЕССКОЙ БОГАДЕЛЬНИ СЕРДОБОЛЬНЫХ СЕСТЕР Блохина Н.Н.	22
РАЗВИТИЕ ЗНАНИЙ ОБ ИНСУЛЬТЕ Бондаренко М.В., Тибекина Л.М.	23
СТАНОВЛЕНИЕ ВАЛЕОЛОГИИ, КАК НАУЧНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ, НА КАФЕДРЕ ГИГИЕНЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Борисова Т.С., Солтан М.М., Лабодаева Ж.П., Болдина Н.А.....	26
ВЕРХОВИЧСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ 40 ЛЕТ Брусевич В.А., Региневич И.И.....	29
ЭТАПЫ ТВОРЧЕСКОГО ПУТИ ПРОФЕССОРА А.С. ЛЕОНТЮКА С 1971 ПО 2010 ГОДЫ Бутенко А.Н.	30
МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ НА ЗАЩИТЕ ЗДОРОВЬЯ	

Валендович Г.В., Иванова В.И.	31
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЛИДСКОГО РАЙОНА ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА(1944-1970)	
Вальчук Э.А.	33
К ИСТОРИИ ПРЕПОДАВАНИЯ “MATERIA MEDICA” В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ	
Васильев К. К., Бекало М. С.	35
СТАНОВЛЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ СЛУЖБЫ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
Вергун О.М., Камышников В.С., Григорьев И.М., Шмигельский А.А.	38
К ИСТОРИИ ДИНАБУРГСКОГО ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ	
Виксна Ар.	40
ИЗ ИСТОРИИ АПТЕЧНОЙ СЛУЖБЫ РОССОНСКОГО РАЙОНА	
Войтехович Ю.Б., Буйко Т.А.	41
ГИГИЕНА КАК КРИТЕРИЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ	
Гамалея Е.Н.	44
О ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАТОРА САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО ВОЕННОГО ОКРУГА, ПОЛКОВНИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ Ф.Н. ГАМАЛЕЯ (1903-1998)	
Гамалея В.Н., Забуга О.Г.	46
УПРАВЛЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ СЕКТОРОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ В 1921-1929 ГГ.	
Глушанко В.С., Петрище Т.Л.	48
СТОЛЫПИНСКИЕ РЕФОРМЫ И ПЕРЕСЕЛЕНЦЫ ИЗ СЕВЕРО-ЗАПАДНЫХ ГУБЕРНИЙ РОССИИ (К 150 –ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ П.А.СТОЛЫПИНА)	
Гончарова С.Г.	51
ФОРМИРОВАНИЕ РЕНТГЕНОЛАБОРАНТА КАК СПЕЦИАЛИСТА	
Губарь Л.М., Лещук Т.Ю., Смирнова Г.Д.	54
ИНВЕНТАРЬ АПТЕЧНОГО ИМУЩЕСТВА И НАУЧНЫХ КНИГ ПО ЕСТЕСТВОЗНАНИЮ СЛУЦКОЙ ИЕЗУИТСКОЙ КОЛЛЕГИИ ОТ 1773 – 1775 ГГ.	
Гудине В.	56
КАФЕДРА ГИГИЕНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭКОЛОГИИ: ИСТОРИЯ, ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Гузик Е.О., Тернов В.И., Башун Т.В, Зятиков Е.С., Тяхлова И.Н., Фурс С.Ф., Протько Н.Н., Мельникова Е.И.	58
ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ФТИЗИАТРИИ: ОТ ПРИКЛАДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДО ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ РАЗРАБОТОК	

Гуревич Г.Л., Скрягина Е.М., Калечиц О.М., Лицкевич Л.В., Астровко А.П.	61
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ЭСТЕТИКИ ЛИЦА И ЗУБОВ ЧЕЛОВЕКА Данилова Д.В.	64
ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ: 1920-2011 ГГ. Дежурко А.В., Зимелихин О.А., Пущенко О.С.	66
ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ Дейкало В.К., Санюк А.В.	70
РАЗВИТИЕ СИСТЕМ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ В СТОМАТОЛОГИИ Денисов Л.А., Данилова Д.В.	73
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АПТЕЧНОЙ СЕТИ МСТИСЛАВЛЯ Доморацкая Т.С., Мазанович А.В.	75
РОЛЬ А.П.ДОБРОСЛАВИНА В СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ Дорошевич В.И., Ширко Д.И., Бацукова Н.Л.	78
РОЛЬ УКРАИНСКОГО МЕДИКА С.А.ПОДОЛИНСКОГО В ИСТОРИИ НООСФЕРНЫХ ВОЗЗРЕНИЙ Дупленко Ю.К., Гамалея Е.Н.	81
СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ИНСТИТУТА СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ В ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ Егорышева И.В., Хильмончик Н.Е.	83
ИЗ ИСТОРИИ РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ЭНЦИКЛОПЕДИЙ Егорышева И.В.	84
ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ АКАДЕМИКА РАМН Ю. П. ЛИСИЦЫНА В ОБЛАСТИ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ Журавлева Т.В., Хмель А.А.	86
ИСТОРИЯ ЗДАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА Журавский Д.А., Любимцева Т.А.	87
СТАНОВЛЕНИЕ СРЕДСТВ И МЕТОДОВ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА Запашник Т.А., Есьман А.А.	88
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ИОВ»: 70 ЛЕТ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ	

Иванцов О.А., Желудок М.В., Жак Е.В.....	91
Ж.Э. ЖИЛИБЕР – ОРГАНИЗАТОР И РУКОВОДИТЕЛЬ ПЕРВОЙ ГРОДНЕНСКОЙ МАСОНСКОЙ ЛОЖИ	93
Игнатович Ф.И.	93
ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ И ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
Камышников В.С.....	96
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСТОРИИ И ЭТИМОЛОГИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕКСИКИ.....	98
Капитула Л.С.	98
РАЗВІЦЦЁ БЕЛАРУСКАЙ МЕДЫЦЫНЫ СА СТАРАЖЫТНАСЦІ ДА НОВАГА ЧАСУ	100
Карнацкая В.І.....	100
АНАЛИЗ РАБОТЫ ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ В БАШКИРСКОЙ АССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	
Киньябулатов А.У., Шарафутдинова Н.Х., Павлова М.Ю., Киньябулатова А.А.	103
СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Киньябулатов А.У., Шарафутдинова Н.Х., Павлова М.Ю., Аминов Т.З.	106
КАБИНЕТ ИСТОРИИ ФАРМАЦИИ	
Ковальчук И.Е., Сосонкина В.Ф.....	108
РОЛЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИИ	
Ковецкая Е.Е., Элбакидзе З.Д.	110
РОССИЙСКО-АМЕРИКАНСКИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ, 1890- 1939 ГОДЫ	
Конрой М. Ш.....	113
СОВЕТСКО-АМЕРИКАНСКИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Конрой М. Ш.....	115
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	
Короткевич Т.В., Ткачук А. М., Астапчик Н.В.....	116
ОБЕЗЛИЧЕННЫЕ ЖЕРТВЫ ВОЙНЫ СРЕДИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ: НЕОБХОДИМОСТЬ МЕМОРИАЛИЗАЦИИ	
Короткевич Т. В., Латышева В. А.	118
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БУДА-КОШЕЛЁВСКОГО РАЙОНА В КОНЦЕ XIX ВЕКА	

Корсак С.С.	121
К ИСТОРИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНТРОЛЬНО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ УП «ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗ И ИСПЫТАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ» Кравец М.М., Майсак И.А.	123
СОСТОЯНИЕ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ТЮРЬМАХ В КОНЦЕ XVIII-НАЧАЛЕ XIX ВВ. Кралько А.А.	125
ЖИЗНЬ И ТВОРЧЕСТВО ВЕЛИКОГО УЧЕНОГО И ВРАЧА РОБЕРТА КОХА Кривошеева Ж.И., Морозкина Н.С., Емельянова Н.А., Стародубец К.Х.	129
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Крутилина Н.И., Минайло И.И., Пархоменко Л.Б.	131
ИСТОРИЯ ПЕЧАТНОЙ РЕКЛАМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ Кугач А.А.	134
«ГОЛОДНЫЕ ВЫСТАВКИ» В ПРАКТИКЕ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ 1920-Х ГГ. Кузыбаева М.П.	137
О НОВЫХ ПОДХОДАХ В ПОДГОТОВКЕ ХИРУРГОВ НА ДОДИПЛОМНОМ ЭТАПЕ Кузыбаева М.П., Головинский С.В.	139
МУЗЕЙ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА ГРОДНЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА Кузьмич И.И., Лискович В.А., Наумов И.А., Дембовская С.В.	142
ИСТОКИ И РАЗВИТИЕ АПТЕЧНОГО ДЕЛА НА БОРИСОВЩИНЕ Курбеко Н.В., Журавская Л.А.	143
ВКЛАД А.А.ЧАРУКОВСКОГО И Р.С. ЧЕТЫРКИНА В ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ РУССКОЙ АРМИИ В XIX ВЕКЕ Лебедев С.М.	145
К.В. КАРАФФА-КОРБУТ И ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ Лебедев С.М.	148
СОЗДАНИЕ И РАЗВИТИЕ РЕНТГЕНОФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ Левчук Л.И., Дементьева В.П.	149
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА ГРОДНЕНЩИНЕ Лискович В.А., Наумов И.А., Науменко А.В., Щастная Т.В.	152
ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ Г.ГРОДНО В 1962-2002 Г.	

Лискович В.А., Федин А.В., Авер Ж.К., Липец А.С.	154
ИСТОРИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	
Литвин А.А., Хмылко А.И., Немтин А.З., Жариков О.Г.	156
ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»	
Лопатина А.Л., Лях О.Е., Шаршакова Т.М.	159
ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
Луцкая И.К., Чухрай И.Г., Кравчук И.В., Марченко Е.И.	161
ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ	
Луцкая И.К., Запашник П.Е., Кравчук И.В.	164
ИСТОРИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Луцкая И.К., Чухрай И.Г.	167
МЕСТО УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КАФЕДРЫ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Любинец О.В., Фуртак И.И., Ходор О.Е., Паробецкая И.М.	170
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ХОЛЕРОЙ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ ЭПИДЕМИИ В ОРЕНБУРГСКОМ КРАЕ (1829-1830 ГГ.)	
Ляшенко И. Э.	173
К ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	
Марутко С.В., Морозкина Н.С.	175
ЗНАМЕНИТЫЕ ВРАЧИ В ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ 17-19 ВЕКА	
Матвейчик Т.В., Иванова В.И.	178
ЭТАПЫ ВРАЧЕВАНИЯ МИЛОСЕРДИЕМ В ХОДЕ КРЫМСКОЙ (ВОСТОЧНОЙ) ВОЙНЫ 1854-1856 ГГ. И СОВРЕМЕННОСТЬ	
Матвейчик Т.В.	180
БЕШЕНСТВО - НОЗОАРЕАЛ ГЛОБАЛЬНОГО МАСШТАБА	
Минина Н.Г., Мишаева Н.П.	183
ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ	
Михалюк А.И., Левчук Л.И.	186
ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ И ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В СТАНОВЛЕНИИ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ	
Михалюк С.Ф., Гулякевич А.Ф.	188
ФОРМИРОВАНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	

Михалюк С.Ф., Гулякевич А.Ф.....	190
ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	
Михалюк Р.А.....	192
КРАТКИЙ ОЧЕРК ИЗУЧЕНИЯ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПАТОГЕННЫХ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА, НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛОВЕЖСКОЙ ПУЩИ	
Мишаева Н.П., Шилович М.В., Ярец Л.Н., Стегний В.А.	195
90 ЛЕТ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ДЕЛА В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
Морозов А.В.	197
ОРГАНИЗАЦИЯ И ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ВОДОСНАБЖЕНИЯ АНГЛИЙСКИХ ВОЙСК В ПЕРИОД I-Й МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Мощик К.В., Самохин Д.А.	199
АРТИФИЦИАЛЬНЫЕ АБОРТЫ КАК ФАКТОР «РИСКА» РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В 1944-1994 ГОДЫ	
Наумов И.А., Тищенко Е.М., Лискович В.А.....	202
РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ГЕНЕЗЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В 1944-1994 ГОДЫ	
Наумов И.А., Тищенко Е.М., Новицкая В.С.....	205
ЗАРОЖДЕНИЕ И РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОЙ ВОЕННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ В XVIII – НАЧАЛЕ XX ВВ.	
Нероев В.В., Емельянова Н.А.....	208
ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ САРКОИДОЗА	
Николаев А.В., Чурилов Л.П.....	210
КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЗНАНИЙ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ 20-Х ГОДОВ XX ВЕКА	
Остапенко В.М., Нагорная С.В.....	212
КРАТКАЯ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН И СУБЪЕКТАХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА	
Павлов В.Н., Шарафутдинова Н.Х., Киньябулатов А.У.....	214
ОЧЕРК О РАЗВИТИИ И РАБОТЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ БЕЛОРУССКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ	
Падута С.И., Бобырева Л.С.....	217
ЛАТЫШСКИЕ МЕДИКИ В ГРОДНО ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Поземковска М.	218
ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ НА КАФЕДРЕ ТЕРАПИИ БЕЛМАПО	
Пристром М.С., Штонда М.В., Сухих Ж.Л., Петров С.А.....	219
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АПТЕК СЛУЦКОГО РАЙОНА В ВОЕННЫЕ И МИРНЫЕ ГОДЫ	

В ВОСПОМИНАНИЯХ ПУГАЧЁВОЙ ГЛАФИРЫ НИКОЛАЕВНЫ Пугачёва Г.Н., Бруй М.Г, Леонович М.С.	221
ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА ПОЛОЦКОГО УЕЗДА (1903-1918) Пуртов А.В.	224
ПРИКАЗНАЯ МЕДИЦИНА ВИТЕБСКОЙ ГУБЕРНИИ (1775 - 1903) Пуртов А.В.	227
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БЕШЕНСТВЕ В БЕЛАРУСИ Ребенок Ж.А., Мишаева Н. П.	229
ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ НАУЧНЫХ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ПОСТРАДАВШЕМУ ОТ АВАРИИ НА ЧАЭС Рожко А.В., Воробей В.С., Шафранская М.А., Масякин В.Б.	230
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ПОСТРАДАВШЕМУ ОТ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС Рожко А.В., Надыров Э.А., Власова Н.Г., Висенберг Ю.В., Масякин В.Б.	233
О СОДЕРЖАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КОММЕНТАРИЯХ К ТРУДАМ КЛАССИКОВ НАУЧНОГО КОММУНИЗМА Романова А.П.	235
ХУДОЖЕСТВЕННЫЕ ПРОИЗВЕДЕНИЯ КАК ИСТОЧНИК ДЛЯ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ Рудая С. П.	237
ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ БЕЛОРУССКОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛЛЕКЦИИ ВИРУСОВ И БАКТЕРИЙ, ПАТОГЕННЫХ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА Рустамова Л.М., Аблова Т.А., Ермакова Т.С., Коломиец Н.Д., Красько А.Г., Горбунов В.А.	239
ПЕРВОЕ ОБЩЕЕ СОБРАНИЕ ХАРЬКОВСКОГО ЗУБОВРАЧЕБНОГО ОБЩЕСТВА Рябокоть Е.Н.	241
150 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ ГРИГОРИЯ АЛЕКСЕЕВИЧА МАСЛОВА – ХАРЬКОВСКОГО ПРОФЕССОРА В ОБЛАСТИ ОДОНТОЛОГИИ Рябокоть Е.Н.	242
К ИСТОРИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА Ряжкина Л.П.	245
РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ В ОРЕНБУРГСКОМ КРАЕ В XVIII – НАЧАЛЕ XX ВЕКОВ Савицкий Г.В.	247

АХОВА ЗДAROУ'Я НА БЕЛАРУСІ ПАДЧАС РАСІЙСКОЙ ІМПЕРЫІ Савко Н.П.	250
ПРИОРИТЕТЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ЭТИКИ И НРАВСТВЕННОСТИ, СОЗДАННУЮ ФЛОРЕНС НАЙТИНГЕЙЛ Самойло Л.Л., Смирнова Г.Д., Губарь Л.М., Резник Л.Н.	253
ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ЛАЗАРЯ ЯКОВЛЕВИЧА СИТЕРМАНА (1894-1941) Семенова А. Н., Замойский А. С.	255
РОЛЬ УНИВЕРСИТЕТСКОГО УСТАВА 1863 Г. В РЕФОРМЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ XIX ВЕКА Сергеева М.С.	257
ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ Сластников С.Ю.	259
РАЗВИТИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕКРЕАЦИОННО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ЗОНЕ «ГОРОДИЩЕ» Смычек В.Б., Вальчук Э.Э.	262
ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Соколов А.Ю.	264
ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МАГИСТРОВ ФАРМАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ СОВРЕМЕННОЙ БЕЛАРУСИ Сосонкина В.Ф.	265
ИСТОРИЯ АПТЕЧНОГО ДЕЛА НА РОГАЧЕВЩИНЕ В СОБЫТИЯХ И ЛИЦАХ Сосонкина В.Ф., Приходько С.А.	268
АПТЕЧНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ НА СТОЛИНЩИНЕ В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX СТОЛЕТИЙ Сосонкина В.Ф., Циунчик Н.С., Веренич С.П.	271
ИЗ ИСТОРИИ АПТЕЧНОГО ДЕЛА НА ТЕРРИТОРИИ КАМЕНЕЦКОГО РАЙОНА БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ Сосонкина В.Ф., Шидловская Т.И.	274
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСТОРИИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА КАФЕДРЫ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ БГМУ Стельмах И.А., Гайдук В.С., Артишевский А.А., Мельников И.А., Студеникина Т.М.	276
ИСТОРИЯ АУТОИММУННОГО ТИРОИДИТА (К 100-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОГО ОТКРЫТИЯ ХАКАРУ ХАСИМОТО) Строев Ю.И., Чурилов Л.П.	278
ИСТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ БГМУ В 70-80 ГГ. XX В.	

Студеникина Т.М.	281
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ В ИСТОРИИ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ НАУК Сурмач М.Ю.	284
ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ МИНСКОГО ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ Терехов В.И., Дрейчук О.А., Харченко А.С., Семенюк О.П.	287
СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ РАДИАЦИОННОЙ ГИГИЕНЫ В БЕЛАРУСИ Тернов В.И.	289
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БЕЛАРУСИ В КОНЦЕ XVIII – ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКОВ Тищенко Е.М.	291
ЛЕЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ В ЗАПАДНОЙ БЕЛОРУССИИ В МЕЖВОЕННЫЙ ПЕРИОД (1921-1939) Тищенко Е.М.	294
СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА И МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В СССР В ПЕРИОД 20-Х - НАЧАЛА 30-Х ГОДОВ XX ВЕКА Фадеев А.В.	296
К ИСТОРИИ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Филипчук Д.Г.	298
ПЕРВЫЕ ШАГИ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА БЕЛОРУССИИ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ Хильмончик Н.Е., Егорышева И.В.	300
ИСТОРИЯ БРЕСТСКОЙ АПТЕКИ Хмелевская Д.Н., Бордухаева Р.М., Алексюк Е.П.	302
ИЗ ИСТОРИИ МЕДСЕСТРИНСТВА: ХАРЬКОВСКАЯ ОБЩИНА СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ Чернова О.А.	304
РАСПРОСТРАНЕНИЕ МАЛЯРИИ И МЕТОДЫ БОРЬБЫ С НЕЙ В ОРЕНБУРГСКОЙ ГУБЕРНИИ XIX – НАЧАЛА XX ВВ. Чернуха В.В.	307
ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ГИГИЕНЫ ТРУДА УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» Чигринова Е.А., Сгибнева И.А., Семёнов И.П., Скоробогатая И.В., Филонюк В.А.	309
ТВОРЧЕСКИЙ ПУТЬ СЕМЕНА ЕФИМОВИЧА ШПИЛЕНИ Чурилов Л.П., Строев Ю.И.	311

ИСТОРИЯ ПОЯВЛЕНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ Чухрай А.В.	314
ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА Чухрай И.Г., Луцкая И.К.	317
САНИТАРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ САМОУПРАВЛЕНИЙ БЕЛОРУССКИХ ГОРОДОВ В НАЧАЛЕ XX ВЕКА Шерстнева Е.В.	320
СТАНОВЛЕНИЕ ЖЕНСКОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ (КОНЕЦ XIX – НАЧАЛО XX ВВ.) Шерстнева Е.В.	322
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ФАРМАКОПЕЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ Шеряков А.А., Марченко С.И.	324
ИСТОРИЯ ПЛАВАНИЯ КАК ФОРМЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ Шигит К., Шигит М.	326
ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КОМБУСТИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Шило В.Д., Кошельков Я.Я., Шейко Г.В., Золотухина Л.В.	332
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ Ширко Д.И., Дорошевич В.И.	334
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В БЕЛАРУСИ В 1959 – 2009 ГОДАХ Щавелева М.В., Глинская Т.Н.	337
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Щуко А.Г., Мищук И.Ф., Лобейко В.Н.	339
ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СОВЕТА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В 3-Й ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ИМЕНИ Е.В. КЛУМОВА Южик С. Ф.	342
НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССОРА А.С. ЛЕОНТЮКА В ОБЛАСТИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ МОРФОЛОГИИ Янушкевич П.Г., Мельников И.А.	345
ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АДЛЕРА ШАУЛЯ Янчогло И. И., Чернова О.А.	346
ОРГАНИЗАЦИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ НОРМАЛЬНОЙ АНАТОМИИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА БГУ Ярошевич СП.	348

Репозиторий ГРГМУ

Репозиторий ГРГМУ

Научное издание

12-я МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Сборник материалов

Ответственный за выпуск: В.В. Зинчук

Компьютерная верстка: С.В. Петрушина
Корректор: Л.С. Засельская

Подписано в печать 12.10.2012.
Формат 60x84/8. Бумага офсетная.
Гарнитура Arial. Ризография.
Усл. печ. л. 21,04. Уч.-изд. л. 32,82. Тираж 99 экз. Заказ 235.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.