

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Всероссийской научно-практической конференции
«ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ»





**КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ИСТОРИИ**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Всероссийской научно-практической конференции
«ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ»
14 марта 2024 года, г. Кемерово**

КЕМЕРОВО

УДК 61(571.1/5)(082)

ББК 5г

И90

Рецензенты: д.и.н. А. В. Блинов, д.и.н. С. В. Макаrchук

Редакционная коллегия издания:

С. В. Бирюков, Е. В. Бадаев, З. В. Боровикова, С. П. Звягин,
Н. Г. Костромина, А. В. Палин, Е. В. Степанцова, В. В. Шиллер

История медицины в Сибири: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции (г. Кемерово, 14 марта 2024 г.) / коллектив авторов; под общей ред. А. В. Палина. – Кемерово: КемГМУ, 2024. – 317 с.

ISBN 978-5-8151-0326-9

Сборник содержит материалы участников научной конференции. За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы. Мнение редколлегии может не совпадать с позицией авторов.

Книга рассчитана на научных сотрудников, преподавателей, студентов и всех, кто интересуется историей медицины.

В оформлении обложки книги использованы фотографии: главный корпус КГМИ в Кировском районе в 1950-е гг.; корпус КГМИ на улице 40 лет Октября; вид нового главного корпуса КГМИ на улице Ворошилова во второй половине 1970-х гг.; обновленный главный корпус КемГМУ сегодня (источник КемГМУ).

ISBN 978-5-8151-0326-9

© Коллектив авторов, 2024

© КемГМУ, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Басалаева О. Г. Некоторые преимущества использования штрихового кодирования в медицинских информационных системах.....	6
Басалаева О. Г. Интеграция технологий искусственного интеллекта в медицинскую сферу.....	11
Боровикова З. В., Александрова К. Р. Антипрививочники: от истоков до современности.....	16
Боровикова З. В., Елизарова Д. И., Береснева А. С. Вклад С. Ф. Хотовицкого в становление отечественной педиатрии.....	24
Боровикова З. В., Финк Д. Развитие службы крови в Кузбассе.....	30
Боровков В. В., Теличко И. А. Военно-санитарные поезда: история создания и применения	37
Буслаев М. С. Новые страницы в истории жизни первого ректора Кемеровского медицинского института.....	42
Валиуллина Е. В. Психологические вопросы в работах В. П. Сербского.....	47
Веретенов Д. Б., Токмакова Л. А. Комплаентность и коммуникативные техники повышения ее в практике врача.....	53
Гончаренко В. А., Громакина Е. В., Басова Г. Г., Гончаренко А. В. Основные этапы становления офтальмологической службы в Кузбассе в послевоенный период.....	59
Гончаренко В. А., Громакина Е. В., Басова Г. Г., Гончаренко А. В. Особенности оказания офтальмологической помощи в период высокой распространенности трахомы в Кузбассе.....	64
Горбушина А. А. О порядке судебно-медицинской экспертизы в Пермской губернии в конце XIX – начале XX вв.	70
Громакина Е. В., Басова Г. Г., Гончаренко А. В., Гончаренко В. А. Вклад педагогов офтальмологов в практическое здравоохранение Кузбасса.....	75
Губанова И. В., Москалева Е. П., Батаева Е. П. Детский врач Елизавета Павловна Четвертакова: служение профессии и людям	82
Гукина Л. В. Врач из Сибири Ф. Г. Углов – пример жизненного и профессионального долголетия	94

Елизаров Е. С. Показатели смысложизненных ориентаций у студентов, обучающихся по специальности «акушерское дело» ...	102
Звягин С. П., Казакова Л. Н. Медицинская сестра А. А. Звягина (1926 – 1991)	108
Звягин С. П., Казакова Л. Н. Выпускница КГМИ 1966 г. З. Н. Кричко.....	117
Золотухин В. М. Социокультурный и медицинские аспекты повышения качества жизни на региональном уровне.....	125
Карташова П. М. Микробиолог З. В. Ермольева – первооткрыватель советского пенициллина и других антибактериальных препаратов	135
Короткова М. Н., Кривошекова Д. И. О дефиците кадров в первичном звене системы здравоохранения	141
Красильникова О. С. Служение архиепископа Луки (В. Ф. Войно-Ясенецкого), профессора хирургии в Красноярске в годы Великой Отечественной войны.....	151
Кузнецова О. В., Шангина О. А., Шелихов В. Г., Батуева Н. И., Зимин И. А., Воронкова А. В. Сложности диагностики и лечения абсцесса легких на примере клинического случая.....	158
Мерзлякова П. В. Анализ рекомендаций по питанию для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний как фактора риска сокращения продолжительности жизни и выявление ключевых показателей отклонения фактического питания населения РФ.....	167
Мингазов И. Ф., Новикова И. И., Михеев В. Н., Поляков А. Я. Опираясь на практику и науку. Т. А. Николаева – в эпицентре профилактического направления в здравоохранении.....	173
Палин А. В. Отечественная медицина в памятных монетах Российской Федерации	181
Помыткина Т. Е., Герасимова И. Д. История протезирования сосудов.....	193
Помыткина Т. Е., Кирюхина С. П., Кутькина К. А. Вклад М. А. Подгорбунского в развитие медицины Сибири	202
Помыткина Т. Е., Сбитнев Ф. Ф., Шаряфетдинов И. С. Кемеровский государственный медицинский университет как объект истории Кузбасса.....	206
Помыткина Т. Е., Ядыкина К. М., Демидович А. Е. Цифровая	

медицина и ее этические аспекты.....	214
Прихода И. В. Врачебная деятельность Владимира Даля как образец бескорыстного служения людям.....	220
Радыш И. В., Снегирева Т. Г., Гейко Е. Г., Коростелева М. М. Программы дистанционного образования в области диетологии	227
Селедцов А. М., Яковлев А. С., Акименко Г. В. Многомерность проблем современной психиатрии: направления развития и инновации в оказании психологической помощи.....	232
Снегирева Т. Г., Радыш И. В., Коростелева М. М. La machine мадам дю Кудре: роль симуляционных моделей в образовательных программах.....	241
Солдатова Е. Ю., Шангина О. А., Солдатова Ж. И., Пермякова Е. Ю., Шелихов В. Г. Основные проблемы диагностики и фармакотерапии бронхиальной астмы	245
Теличко И. А., Кулемин М. Э. Н. И. Пирогов – основоположник военно-полевой хирургии	252
Токмакова Л. А. К вопросу об ятрогениях	259
Федосеева И. Ф., Попонникова Т. В., Гончаренко Э. А., Визило Т. Л. Исторические аспекты исследования проблемы кожевниковской эпилепсии в Сибири.....	264
Шангина О. А., Ананды К. Г., Кузнецова О. В., Шелихов В. Г., Пермякова Е. Ю., Батуева Н. И., Зимин И. А. Проблемы дифференциального диагноза в современной пульмонологии на примере клинического случая.....	273
Шангина О. А., Шелихов В. Г., Кузнецова О. В., Тюлюкин В. А. Проблема онкологических заболеваний на примере поликлиники в Кузбассе – территории экологического неблагополучия.....	281
Шангина О. А., Шелихов В. Г. Практическая направленность высшего медицинского образования как международная проблема.....	286
Шачнев Е. В., Шачнева В. А. Заслуженный врач РСФСР Пелагея Антоновна Шачнева.....	295
Шелихов В. Г., Шангина О. А., Смакотина С. А., Костин В. И. Подготовка врачей-пульмонологов для здравоохранения Кузбасса.....	304
Сведения об авторах	310

БАСАЛАЕВА О. Г.

НЕКОТОРЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШТРИХОВОГО КОДИРОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ

Аннотация. Работа включает обзор возможностей реализации технологии штрихового кодирования в медицинском учреждении. Отражает реальности и перспективы применения штрих-кодов в медицинских информационных системах.

Ключевые слова: информационные системы, информационная безопасность, кодирование информации, штриховое кодирование, медицина

BASALAEVA O. G.

SOME ADVANTAGES OF USING BARCODE CODING IN MEDICAL INFORMATION SYSTEMS

Abstract. The article includes an overview of the possibilities of implementing barcoding technology in a medical institution. Reflects the realities and prospects of using barcodes in medical information systems.

Keywords: information systems, information security, information coding, bar coding, medicine

С появлением цифровых технологий различные аспекты человеческой деятельности претерпевают существенные изменения [1, с. 46].

Новые информационные технологии предполагают использование аппаратного и программного обеспечения с целью сбора, обработки, хранения, представления и обмена информацией, главным образом, в цифровой форме [2, с. 50 – 55].

Один из основных вопросов, которым озабочены медики всего мира, – это безопасность пациентов. В 2000 г. Институт медицины (Institute of Medicine – ИОМ) опубликовал отчет «To Err is Human» («Человеку свойственно ошибаться») о причинах медицинских ошибок и о том, как их предотвратить. Технология штрихового кодирования (автоматической идентификации) стала одним из инструментов, рекомендованных для предотвращения медицинских ошибок.

Различные варианты штрих-кодов могут быть использованы в биометрии (биометрические информационные системы, авторизация/регистрация, трансграничный контроль людей в потоках мигрантов), медицине (медицинские информационные системы, лицевая психология, хирургия и пластика, судебно-медицинская экспертиза), криминалистике (совершенствование информационных систем, использование переносимой в штрих-коде информации для распознавания преступников, реконструкции лица по словесному портрету или по черепу) [3, с. 84].

Среди биометрических технологий поиска и аутентификации людей особенно привлекательны технологии, основанные на распознавании изображений лиц (ИЛ), в том числе и с помощью мобильных устройств, реализующих эти функции «здесь и сейчас». В дополнение к этому, идеальным решением могло бы быть формирование штрих-кода только тогда, когда это нужно (т.е. в реальном времени – непосредственно по лицу человека). В этом случае идентификацию людей можно производить «в потоке» и «на расстоянии», незаметно для самого человека, не требуя от него каких-либо действий [3, с. 74].

Обеспечив все печатные формы, сформированные в медицинских информационных системах (далее, по тексту – МИС), их уникальными идентификаторами, позволяющими автоматизированное считывание (штрих-кодами), а также оснастив информационную систему механизмом поиска документов по коду, можно достичь существенного ускорения и унификации работы с бумажными документами [4, с. 56].

Анализируя дальнейшие пути повышения эффективности работы пользователей МИС, можно обнаружить, что не только документы требуют кодирования. Для ускорения работы, закодированными могут быть сами действия персонала в информационной системе. Оператору может быть предоставлен, дополнительно к оконной форме с управляющими элементами, листок бумаги, на который будут нанесены штрих-кодовые наименования основных операций сотрудника. Процесс работы в таком случае будет выглядеть так: при необходимости выполнить действие (например, создать документ, выдать справку, зафиксировать факт исполнения процедуры), оператору достаточно считывателем штрих-кода выполнить чтение соответствующих кодов с листа бумаги, причем формирование данного списка может быть предоставлено самому оператору. Таким образом, оператор сам получает возможность оптимизировать свои функции.

Хотя, использование МИС, обладает несомненными достоинствами, существует риск возникновения ошибок при проведении идентификации пациента, которые необходимо учитывать при ее внедрении.

Отсутствие системы, обеспечивающей правильную идентификацию пациента, приводит к следующим медицинским ошибкам: (1) неправильный номер истории болезни; (2) регистрация результатов обследования в карту другого пациента; (3) одинаковые номера электронной истории болезни у разных пациентов; (4) более одного номера истории болезни на одного пациента в электронной системе и другие.

Штрих-кодирование в здравоохранении может значительно повысить безопасность пациентов, обеспечивая точную идентификацию пациентов, лекарств и оборудования. Это помогает предотвратить ошибки при лечении, неправильную идентификацию пациентов и неправильное использование медицинских устройств, снижая вероятность неблагоприятных событий для здоровья.

В медицинских учреждениях технология штрих-кодов используется для идентификации пациентов путем размещения штрих-кодов на браслетах пациентов. При сканировании эти штрих-коды извлекают медицинскую карту пациента, гарантируя, что правильный уход будет оказан нужному пациенту, и уменьшая количество ошибок идентификации.

Использование МИС и, например, электронных браслетов является важным компонентом программы, обеспечивающей правильную идентификацию пациента [5, с. 12].

Штрих-код представляет собой напечатанную серию параллельных штрихов или линий различной ширины и буквенно-цифровых символов, используемых для ввода данных в компьютерную систему. Полосы обычно черные на белом фоне, а их ширина и количество варьируются в зависимости от приложения.

Штрих-коды обеспечивают быстрый и точный ввод данных для отрасли здравоохранения, позволяя тратить время на повышение эффективности вместо ручного ввода данных. Позволяя практикующим врачам больше сосредоточиться на своих пациентах, технология штрихового кодирования повышает эффективность, безопасность пациентов и качество ухода за пациентами.

Технология штрих-кода может улучшить конфиденциальность пациента, ограничивая доступ к информации о пациенте. Только персонал со сканерами штрих-кода может получить доступ к данным пациента, и этот доступ можно отслеживать и контролировать. Однако, как и в случае со всеми цифровыми данными, необходимы надежные меры кибербезопасности для предотвращения утечек данных.

Технология штрих-кода интегрирована в электронные медицинские карты для обеспечения быстрого и точного доступа к информации о пациенте. Когда штрих-код пациента сканируется, открывается его цифровая медицинская карта, что позволяет поставщикам медицинских услуг просматривать историю болезни, назначать лечение и обновлять записи в режиме реального времени.

Присваивая каждому пациенту уникальный штрих-код, технология штрих-кода может помочь предотвратить создание дубликатов медицинских карт. Это гарантирует, что каждая запись делается в правильном файле пациента, что повышает точность записи и безопасность пациента.

Кроме того, технология штрих-кода может улучшить коммуникацию внутри медицинского персонала, предоставляя в режиме реального времени обновления о состоянии пациента, назначении лекарств и использовании оборудования. Это обеспечивает эффективную координацию и сотрудничество между поставщиками медицинских услуг, улучшая уход за пациентами и безопасность.

Таким образом, внедрение технологии штрихового кодирования непосредственно связано с решением автоматизировать медицинское учреждение, что приведет к существенному увеличению производительности труда медицинского персонала за счет сокращения бумажной работы, быстрого оформления документации, высвобождения дополнительного времени для обслуживания пациентов, а также, к повышению достоверности информации о пациентах, процедурах, назначениях и т.п., и в конечном итоге, повышению качества лечения.

Перспективные возможности технологии штрих-кодов в здравоохранении связаны с более продвинутыми типами штрих-кодов, такими как QR-коды и метки RFID, а также с интеграцией с другими цифровыми технологиями, такими как искусственный интеллект и интернет медицинских вещей.

Список источников

1. Генезис новой парадигмы социально-экономического развития России: экономические, социальные, правовые, общенаучные тенденции и закономерности / М. С. Арзуманян, Ю. М. Басалаев, О. Г. Басалаева [и др.]. – Самара: ООО НИЦ «ПНК», 2022. – 232 с.

2. Басалаева О. Г. Социально-философские аспекты взаимосвязи информационной и культурной картин мира: специальность 09.00.11 «Социальная философия»: дисс. на соискание ученой степени кандидата философских наук. – Кемерово, 2012. – 199 с.

3. Кондратова Н. В. Использование электронных идентификационных браслетов как инструмент повышения безопасности пациента в ЛПУ // Врач и информационные технологии. – 2015. – № 3. – С. 11-16.

4. Алдохина О. И., Басалаева О. Г. Информационно-аналитические системы и сети. Часть 1. Информационно-аналитические системы: учебное пособие по специальности 080801 «Прикладная информатика (в информационной сфере)», квалификации «Информатик-аналитик». – Кемерово: Кемеровский государственный университет культуры и искусств, 2010. – 148 с.

5. Кухарев Г. А., Казиева Н., Цымбал Д. А. Технологии штрихового кодирования для задач лицевой биометрии: современное состояние и новые решения // Научно-технический вестник информационных технологий, механики и оптики. – 2018. – Т. 18, № 1. – С. 72-86.

БАСАЛАЕВА О. Г.

ИНТЕГРАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНСКУЮ СФЕРУ

Аннотация. В статье дан обзор возможностей реализации технологий искусственного интеллекта для повышения эффективности профилактики заболеваний, улучшения диагностики и лечения, оптимизации управления медицинскими данными и развития персонализированной медицины, с целью создания более здорового общества и улучшения качества жизни людей.

Ключевые слова: цифровые технологии, искусственный интеллект, здравоохранение, медицина, медицинская информация

BASALAEVA O. G.

INTEGRATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE TECHNOLOGIES INTO THE MEDICAL FIELD

Abstract. The article provides an overview of the possibilities of implementing artificial intelligence technologies to increase the effectiveness of disease prevention, improve diagnosis and treatment, optimize medical data management and develop personalized medicine in order to create a healthier society and improve the quality of life of people.

Keywords: digital technologies, artificial intelligence, healthcare, medicine, medical information

Актуальность исследования особенностей освоения технологий искусственного интеллекта подтверждается тем фактом, что в первой половине XXI в. искусственный интеллект (далее по тексту ИИ) стал позиционироваться как движущая технологическая сила, способная изменить практически все сферы человеческой жизнедеятельности. Что подтверждается соответствующими правительственными документами: (1) Указ Президента РФ от 10.10.2019 № 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации» [1]; (2) Национальная стратегия развития искусственного интеллекта на период до 2030 г. [2]; (3) Паспорт федерального проекта «Искусственный интеллект» национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации» [3].

Искусственный интеллект – это область информатики, которая занимается разработкой алгоритмов и программ, которые позволяют компьютерам выполнять задачи, которые раньше могли выполнять только люди.

Одной из главных задач искусственного интеллекта является создание персонализированной медицины, которая позволяет адаптировать лечение к индивидуальным потребностям каждого пациента. Системы ИИ могут использоваться для анализа генетических данных, медицинских карт и других факторов, чтобы предоставить более точные и эффективные методы лечения.

Научные сообщества интенсивно работают над созданием ИИ, а государственные и бизнес-структуры активно финансируют эти научно-исследовательские и технологические разработки [4, с.48].

Принимая во внимание, что наука и высокие технологии идут к тому, чтобы создать искусственный интеллект, чьи способности будут превосходить человеческие, можно спрогнозировать возможные пути в развитии медицины [5, с.141].

Одной из ключевых областей применения искусственного интеллекта в медицине является прогнозирование и диагностика заболеваний. Системы искусственного интеллекта могут анализировать медицинские изображения, такие как компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ), чтобы помочь врачам определять наличие рака или других заболеваний.

Например, компания IBM разработала систему Watson, которая использует искусственный интеллект для анализа медицинских изображений и помогает врачам определять наличие рака груди. Система Watson может проанализировать большое количество изображений и выделить аномалии, которые могут указывать на наличие опухоли. Это позволяет врачам быстрее и точнее диагностировать рак груди, что может спасти жизни пациентов.

Искусственный интеллект также может использоваться для диагностики других заболеваний, таких как болезни сердца, диабет и даже некоторые психические расстройства. Например, си-

стема ИИ, разработанная компанией Cardiogram, может анализировать данные с датчиков на смарт-часах для диагностики аритмии и других сердечных заболеваний [6].

Системы ИИ могут использоваться для анализа больших объемов медицинских данных и выявления скрытых закономерностей, которые могут указывать на риск развития определенных заболеваний.

Например, ИИ может использоваться для анализа генетических данных и других факторов, чтобы определить вероятность развития определенных заболеваний у конкретного пациента. Это позволяет врачам принимать более точные решения о профилактике и лечении заболеваний.

Также системы ИИ могут использоваться для анализа медицинских карт и других данных, чтобы выявлять паттерны и тренды в заболеваниях на уровне популяции. Это может помочь в разработке более эффективных стратегий профилактики и лечения заболеваний.

Кроме того, ИИ может использоваться для мониторинга здоровья пациентов и предотвращения возможных проблем [7, с. 24]. Например, системы ИИ могут анализировать данные о сердечном ритме, давлении и других показателях здоровья, чтобы предупреждать о возможных проблемах и рекомендовать соответствующие меры.

Подводя итоги работы, можно сделать вывод, что искусственный интеллект имеет огромный потенциал в медицине, и его использование может помочь предотвращать заболевания, улучшать диагностику и лечение, а также повышать эффективность профилактики. Системы ИИ могут анализировать большие объемы медицинских данных и выявлять скрытые закономерности, что позволяет врачам принимать более точные решения о профилактике и лечении заболеваний.

Однако, необходимо учитывать потенциальные риски и негативные последствия, связанные с использованием ИИ в медицине. Поэтому, важно продолжать исследования и разработки

в этой области, чтобы обеспечить безопасное и эффективное использование искусственного интеллекта в будущем.

Список источников

1. Указ Президента Российской Федерации от 10.10.2019 № 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации». URL: <https://www.garant.ru/> (дата обращения: 30.01.2024).
2. Национальная стратегия развития искусственного интеллекта на период до 2030 года. URL: <https://www.garant.ru/> (дата обращения: 09.02.2024).
3. Паспорт федерального проекта «Искусственный интеллект» национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации». URL: https://ac.gov.ru/uploads/_Projects/AI_otbor/Passport.pdf (дата обращения: 09.02.2024).
4. Генезис новой парадигмы социально-экономического развития России: экономические, социальные, правовые, общенаучные тенденции и закономерности / М. С. Арзуманян, Ю. М. Басалаев, О. Г. Басалаева [и др.]. – Самара: ООО НИЦ «ПНК», 2022. – 232 с.
5. Басалаева О. Г. Особенности взаимосвязи интеллектуальной культуры, искусственного интеллекта и творческого процесса // Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств. – 2017. – № 40. – С. 140–145.
6. Topol EJ. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nat Med.* 2019;25(1):44-56.
7. Basalaeva O. G. Realistic prospects on-line education / O. G. Basalaeva // Proceedings of the Academic Conference in English of School of Natural Sciences Students: Scientific electronic publication, Владивосток, 14–15 марта 2014 г. / Executive editor A.V. Malugin. – Владивосток: Дальневосточный федеральный университет, 2014. – P. 23-26.

БОРОВИКОВА З. В., АЛЕКСАНДРОВА К. Р.

АНТИПРИВИВОЧНИКИ: ОТ ИСТОКОВ ДО СОВРЕМЕННОСТИ

Аннотация. Работа посвящена изучению антипрививочного движения. Показаны мифы и вымыслы, касающиеся прививок, пути дезинформации населения и причины популярности антипрививочного движения.

Ключевые слова: история медицины, антипрививочное движение, антивакцинаторство, вакцинация, натуральная оспа, корь

BOROVIKOVA Z. V., ALEXANDROVA K. R.

ANTI-VACCINATIONS: FROM ORIGINS TO THE PRESENT

Abstract. The work is devoted to the study of the anti-vaccination movement. Myths and fictions, common vaccinations, ways of disinformation of the population and the popularity of the anti-vaccination movement are shown.

Keywords: history of medicine, anti-vaccination movement, anti-vaccination, vaccination, smallpox, measles

Несмотря на положительное влияние вакцинации (сокращение заболеваемости и смертности населения) и значительную доказательную базу микробиологии, количество противников вакцинации продолжает увеличиваться, что приводит к вспышкам во всем мире инфекционных заболеваний, с которыми уже научились бороться. Антипрививочное движение в современном понимании зародилось около двух столетий назад и связано с массовым началом оспопрививания.

Проведенный анализ документов, исследовательских работ, посвященных антипрививочному движению, позволил систематизировать и проанализировать причины распространения и популярности антипрививочного движения в современных условиях.

Антипрививочное движение – это движение, отвергающее эффективность, безопасность и правомерность вакцинации. Основоположником вакцинации считается Эдвард Дженнер (1749–1823), который 14 мая 1796 г. привил коровью оспу мальчику Джеймсу Фиппсу (взяв содержимое из пустулы с руки молочницы Сары Нельмс, заразившейся от коровы) и доказал, что Джеймс стал невосприимчивым к натуральной оспе. Благодаря применению массовой вакцинации в армии и на флоте сначала в Англии, а потом и в других государствах Европы, заболеваемость оспой постепенно начала снижаться [1].

Однако с распространением вакцинации стали появляться люди, которые выступали против нее как с религиозных позиций, так и по причине страха. Священнослужители и в Европе, и в России осуждали вакцину как попытку человека противостоять Божьему наказанию за его грехи. В обществе довольно долго существовало мнение, что после вакцинации у привившихся людей вырастут рога, копыта и т.д., что нашло отражение в карикатуре художника Джеймса Гиллре «Коровья оспа, или эффект от новой прививки» (1802) [1, 6]. Следует отметить, что тогда у людей был ниже уровень образования и их страх можно отнести к нормальной реакции на новое и неизвестное. Во второй половине XIX в. в Европе стала появляться литература, в которой говорилось о неэффективности и небезопасности вакцинации, а также об ущемлении прав людей, которых обязали прививаться [2, 3, 6].

Несмотря на большое количество проведенных исследований и доказанность эффективности прививок, антивакцинаторство продолжает существовать и в наши дни. Если раньше люди боялись осложнений и не верили в действие вакцин, то сейчас

люди думают, что вакцинация не нужна, так как некоторые заболевания встречаются крайне редко. Действительно, сегодня на улицах не встретишь людей, у которых лица обезображены оспой, парализованы конечности в результате полиомиелита, соседи и родственники не умирают от кори или бешенства. Кроме того, благодаря вакцинации была полностью побеждена на всей планете натуральная оспа, последний случай которой был зарегистрирован в 1977 г.

Вакцина (от лат. *vaccinus* – коровий) – препарат биологического происхождения, обеспечивающий приобретенный иммунитет к определенному антигену. Это препарат, созданный на основе неживых или ослабленных вирусов или бактерий, который вводится в организм и «учит» его бороться с любыми микроорганизмами, связанными с этим агентом.

Вероятность развития поствакцинальных осложнений зависит от вакцины, а также от личной непереносимости ее компонентов и соблюдения рекомендаций врача. После любой прививки может возникнуть местная реакция организма – покраснение, припухлость места инъекции, повышенная температура, головные боли. Обычно симптомы сохраняются от одних до трех суток и не несут за собой опасных последствий. Очень редко могут проявляться такие реакции как анафилактический шок, абсцесс. Заболевания, ассоциированные с вакцинацией (например, полиомиелит), могут развиваться только при введении живых вакцин детям с первичным тяжелым иммунодефицитом. Это состояние встречается очень редко (1–2 случая на 1 млн) и может быть диагностировано уже в раннем возрасте.

Научно подтвержденные поствакцинальные осложнения, помноженные на страшные истории из Интернета, вызывают у людей с дефицитом знаний в области вакцинопрофилактики, в частности, и в области медицины в целом, страхи за жизнь близких.

Популяризация антипрививочного движения связана с доступностью сети Интернет. По данным отчета Global Digital за

2023 г. 64,4% (примерно 5,16 млрд человек) мирового населения имеют доступ в Интернет, где существует много разных сайтов, форумов и публикаций, рассказывающих о вреде прививок [6, 7].

Очень часто люди выступают против вакцинации и отказываются от прививок, основываясь только на историях и суждениях других людей, ничем не подтвержденных с научной точки зрения. Например, российские блогеры Эндрю и Элис Ман решили не прививать своего ребенка. По словам Элис «иммунитет ребенка справится с заболеваниями, от прививок бывают летальные исходы, ребенок может стать Дауном, неизвестно как организм ребенка отреагирует, его иммунитет сам справится» [4]. Дело в том, что иммунитет ребенка закладывается с первых минут жизни и формируется с приемом молока матери, которое содержит в себе большое количество иммунных клеток и формирует первичный иммунитет младенца. То есть иммунитет новорожденного остается беззащитным перед такими серьезными заболеваниями как гепатиты, оспа, туберкулез и др. В результате отказа от прививок у ребенка не выработаются антитела к этим заболеваниям и он подвержен риску заболеть ими. А утверждение данного блогера о заболеваемости Синдромом Дауна после введения вакцины, в очередной раз доказывает, что человек далек от медицины и не понимает о чем говорит. Синдром Дауна характеризуется наличием дополнительной 21-й хромосомы. Данное заболевание закладывается во время беременности и не может быть приобретенным после родов [8].

Противники вакцинации считают, что переболеть намного лучше, чем прививаться. Иммунитет действительно становится сильнее после полноценного заболевания. Однако при заражении бешенством наступает смерть и ни о каком иммунитете речи не идет. Последствия клещевого энцефалита, если укушенный иксодовым клещом не умрет, могут быть настолько тяжелыми (паралич, потеря чувствительности в некоторых частях тела, проблемы с речью, снижение скорости реакций, эпилепсия и т.д.), что

лучше заблаговременно привиться от клещевого энцефалита, не дожидаясь укуса клеща.

От антипрививочников можно услышать, что прививки вызывают ДЦП (Детский церебральный паралич) и аутизм. ДЦП начинает прогрессировать на фоне повреждения мозговых структур в перинатальном периоде [9]. Следовательно, с введением вакцины это никак не связано. Первую прививку детям ставят на 3–4 день после рождения.

В 1999 г., английский исследователь Брент Тейлор, с коллегами провел исследование, в рамках которого они проверяли связь между прививкой от кори, паротита и краснухи и развитием аутизма. Они сверили данные о 498 детях в восьми округах Англии, страдающих от аутизма и от нарушений аутистического характера с 1979 по 1988 г. В результате ученые пришли к следующим выводам: 1) не были выявлены различия в возрасте, в котором был диагностирован аутизм у привитых детей и у непривитых; 2) процент привитых детей был одинаков среди детей, страдающих от аутизма, и среди детей, не страдающих от этого расстройства; 3) промежуток времени от вакцинации до первых симптомов аутизма был различным в каждом случае. Таким образом, анализ данных не подтвердил причинно-следственную связь между вакциной и аутизмом [10].

Вместе с тем, существуют печальные примеры того, когда люди, имеющие медицинское образование, становятся идейными вдохновителями антипрививочников. Одним из подобных «вдохновителей» является гомеопат А. Г. Коток. В 1989 г. он закончил лечебный факультет Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова и стал врачом. На настоящий момент он предоставляет платные консультации как практикующий гомеопат. На его сайте на 2010 г. была указана цена за 1 пациента от 10 евро за один прием. Помимо оплаты отдельных консультаций, можно было приобрести абонемент: на 1 месяц – 40 евро (но не более 6 консультаций всего), на 12 месяцев – 300 евро (но не более 50

консультаций всего). На сегодняшний день стоимость за два месяца ведения пациента заочно составляет 150 евро без учета стоимости лекарств, которые нужно будет приобрести. На сайте «1796 – гомеопатия и прививки» в открытом доступе приводятся односторонние аргументы против вакцинации [5].

А. Г. Коток – автор книги «Беспощадная иммунизация: правда о прививках», в которой история иммунологии и роль фармакологических компаний в ее развитии представлены в крайне негативном свете. Гомеопат, акцентируя внимание только на ошибках и неудачах в деле вакцинопрофилактики, подводит читателя к мысли о необходимости отказа от вакцинации [3]. Исходя из того, что у автора есть медицинское образование, люди доверяют ему, покупают его книги, записываются на прием.

Отказываясь от прививок, антипрививачники очень редко понимают возможные последствия. В 1990-х гг. в Ирландии и Великобритании корь была почти побеждена. Однако после издания статьи Э. Уэйкфилда в медицинском журнале «Ланцет» о том, что тривакцина (корь, краснуха, паротит) вызывает аутизм, усиленно распространяемой СМИ, родители начали отказываться прививать своих детей. Позже выяснилось, что работа Э. Уэйкфилда была специально им сфабрикована. Статью отозвали. В результате целые сообщества утратили коллективный иммунитет, что привело к многочисленным вспышкам кори в разных частях западного мира [2]. Так в Великобритании в 1998 г. корью заболели 56 человек, в 2006 г. это число увеличилось до 449 за первые пять месяцев года. В Ирландии вспышка произошла в 2000 г., было зарегистрировано 1500 случаев заболеваемости и три смерти. Во Франции в период с 2008 по 2011 г. было зарегистрировано более 22 000 случаев кори [6].

От кори нет специального лечения и единственный способ как-то обезопасить себя и близких заключается в вакцинопрофилактике.

В настоящее время важно понимать, что коллективный иммунитет (когда большинство людей имеют иммунитет после вакцинации), который создавался не просто годами, а целыми десятилетиями, начинает разрушаться вследствие популярности антипрививочного движения. В случае с корью уровень вакцинации населения должен составлять 96–99 %. Такие показатели необходимо обеспечивать для сохранения коллективного иммунитета и предотвращения будущих вспышек заболевания [6].

В современном мире сложилась тенденция прислушиваться к мнению популярных блогеров, ведущих или музыкантов, которые, не имея соответствующего образования, рассказывают об опасности и бессмысленности вакцинации. Интернет-авторы, выступающие против вакцинации (и с медицинским образованием в том числе), используют множество тактик для продвижения своих целей. Они искажают научные данные; изменяют гипотезы; заявляют о том, что они «за безопасность», а не «против вакцин»; утверждают, что вакцины токсичны или неестественны; в условиях недоверия к государству, обращаются к теории заговора и мн. др.

Несомненно, поствакцинальные осложнения существуют. Однако их вероятность гораздо ниже, чем возможность осложнений в результате заболевания. Медицина не стоит на месте, с каждым годом появляются более улучшенные вакцины с низкой реактогенностью и достаточно высоким профилем безопасности. Следовательно, отказываться от вакцинации согласно Национальному профилактическому календарю прививок нельзя. Кроме того, доказанная выгода от вакцинопрофилактики для общества гораздо выше случающихся осложнений [3, 6].

Необходимо понимать, что антипрививочное движение сегодня – это пиар и бизнес, которые, к сожалению, ломают судьбы и уносят человеческие жизни.

Список источников

1. Боровикова З. В. Оспа и вакцинация: исторический аспект // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2021. – Т. 2. №4. – С. 19-23.
2. Грант Дж. Не верю! Как увидеть правду в море дезинформации. – Москва: «Альпина Паблишер», 2017. – 291 с.
3. Мац А. Н. Врачам об антипрививочном движении и его вымыслах в СМИ // Педиатрическая фармакология. – 2009. – Т. 6. №6. – С. 12–35.
4. Шоу «грязь» – Эндрю и Элис. 18+ рядом с ребёнком. Родители антипрививочники. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Lv69ZqS-2WM&t=3365s> (дата обращения: 12.02.2024).
5. Аргументы против прививок // Сайт «1796 – гомеопатия и прививки». URL: <https://1796web.com/about.htm> (дата обращения: 10.02.2024).
6. Hussain A., Ali S., Ahmed M. The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine // Cureus. 2018. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6122668/> (дата обращения: 10.02.2024).
7. DataReportal DIGITAL 2023: GLOBAL OVERVIEW REPORT URL: https://datareportal-com.translate.google.com/reports/digital-2023-global-overview-report?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=sc (дата обращения: 13.02.2024).
8. Powell-Hamilton Nina N. Down Syndrome (Trisomy 21) // MSD MANUAL. URL: <https://www.msdmanuals.com/ru-ru/профессиональный/педиатрия/хромосомные-и-генетические-аномалии/синдром-дауна-трисомия-21> (дата обращения: 10.02.2024).
9. Victorio M. Cr. Cerebral Palsy (CP) // MSD MANUAL. URL: <https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/neurologic-disorders-in-children/cerebral-palsy-cp> (дата обращения: 10.02.2024).
10. Taylor B., Miller E., Farrington C. P. Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal

association // Lancet. 1999. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10376617/> (дата обращения: 10.02.2024).

БОРОВИКОВА З. В.,
ЕЛИЗАРОВА Д. И., БЕРЕСНЕВА А. С.

ВКЛАД С. Ф. ХОТОВИЦКОГО В СТАНОВЛЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

Аннотация. В статье изложены основные события и достижения в профессиональной деятельности С. Ф. Хотовицкого – выдающегося врача, основоположника российской педиатрии.

Ключевые слова: педиатрия, «Педиатрика», история педиатрии в России, С. Ф. Хотовицкий

BOROVIKOVA Z. V.,
ELIZAROVA D. I., BERESNEVA A. S.

S. F. HOTOVITSKY'S CONTRIBUTION TO THE FORMATION RUSSIAN PEDIATRICS

Abstract. The article outlines the main events and achievements in the professional activity of Stepan Fomich Hotovitsky – an outstanding physician, the founder of Russian paediatrics.

Keywords: pediatrics, «Pediatrika», history of pediatrics in Russia, S. F. Hotovitsky

На проблему высокой детской заболеваемости и смертности в Российской империи указывал в XVIII в. своих трудах еще М. В. Ломоносов. Несмотря на увеличение численности врачей и больничных учреждений, их было недостаточно в масштабах страны и в XIX в. Детская заболеваемость и смертность остава-

лись по-прежнему на высоком уровне. В обществе царили примитивные представления о причинах болезней и способах их лечения. Детский организм рассматривался как уменьшенная копия взрослого. Повсеместно были распространены народные средства лечения. Так в первой четверти XIX в. в Санкт-Петербурге в возрасте до пяти лет умирало более 2/3 родившихся. В период с 1836 по 1855 г. в Новгородской губернии на первом году жизни в среднем умирало 73% младенцев [1].

Оформление педиатрии – области клинической медицины, изучающей физиологию и патологию детского организма, здоровье ребенка в процессе онтогенеза, а также методы профилактики и лечения заболеваний, которые препятствуют гармоничному развитию и представляют опасность для жизни детского организма [2] – в отдельную отрасль медицинского знания в Российской империи связано с именем Степана Фомича Хотовицкого (1794–1885).

С. Ф. Хотовицкий родился в Красилове Староконстантиновского уезда Волынской губернии в семье священника. Окончив духовную семинарию в Житомире, он начал свой профессиональный путь в 1813 г., успешно пройдя вступительные испытания в Императорскую медико-хирургическую академию. В 1817 г. Степан Фомич блестяще окончив обучение в звании лекаря 1-го отделения, получил награду – набор серебряных хирургических инструментов и серебряную медаль «За отличные успехи в науках», надпись на реверсе которой: «*Alumno in spem tuendae civium valetudinis*», («Воспитаннику, подающему надежду быть хранителем народного здоровья») стала для выпускника пророческой [3].

Стажировка молодого ученого проходила в 1818–1821 гг. в передовых клиниках Вены, Гёттингена, Парижа, Берлина, Лондона и Эдинбурга, где он перенимал опыт ведущих специалистов в области акушерства и гинекологии, детских болезней и судебной медицины. В эти годы, он активно изучает английский, немецкий, французский, латинский, греческий, польский языки,

которые сыграют важную роль в его профессиональной деятельности [3, 4].

Вернувшись в 1822 г. в Императорскую медико-хирургическую академию, С. Ф. Хотовицкий продолжил собирать материал о детских болезнях, их этиологии, патогенезе, семиотике и методах лечения, параллельно изучая труды Н. М. Максимовича-Амбодика по акушерству. Итогом научной деятельности стала защита диссертации на степень доктора медицины в феврале 1823 г., в которой исследовались вопросы формирования органов дыхания и кровообращения у плода, а также аномалии внутриутробного развития [3, 4].

В 1823 г. Степан Фомич, был командирован в Астрахань для изучения холеры. Результатом многолетней работы по наблюдению за этим грозным заболеванием стал труд «О холере», опубликованный в 1832 г., где подробно были описаны меры общественно-гигиенического характера, направленные на предотвращение распространения этой болезни. В 1828–1832 гг. С. Ф. Хотовицкий выполнял обязанности старшего городского акушера. В этот же период он опубликовал свою первую научную работу, посвященную детским недугам «О некоторых младенческих болезнях» [3, 4].

В 1831–1836 гг. в должности официального переводчика Конференции Академии С. Ф. Хотовицким был переведен на русский язык 331 медицинский текст, в том числе все новинки, касающиеся акушерства и гинекологии, и детских болезней. С 1833 г. Степан Фомич являлся редактором Военно-медицинского журнала. В этом же году вступил в Общество русских врачей в Санкт-Петербурге, которое активно поднимало вопросы детской смертности и боролось с ней, занималось оспопрививанием [5, 6].

В 1836 г. произошло важное событие в Академии – кафедра «повивального искусства, судебной медицины и медицинской полиции» была разделена на две отдельные кафедры. Одна стала называться «судебной медицины и медицинской полиции», а другая – «акушерства и учения о женских и детских болезнях».

Руководство второй кафедрой было возложено на опытного ординарного профессора С. Ф. Хотовицкого. Он стал первым, кто начал чтение лекционного курса по гинекологии и педиатрии как самостоятельных дисциплин. Посвятив детским болезням треть своего курса, Степан Фомич не ограничивался только болезнями новорожденных и детей первого года жизни. Он представил студентам курс лекций, куда входили физиология и патологии детей всех возрастных периодов, уделяя отдельное внимание вопросам детских инфекций [3, 4].

Заметную роль в выделении педиатрии в самостоятельную отрасль сыграло открытие педиатрических коек в академической клинике «для родильниц, больных женщин вне беременности и детей больных» 1 октября 1842 г. План устройства клиники был разработан самим профессором С. Ф. Хотовицким в сентябре 1841 г. Ему принадлежала идея разделить клинику на три отделения: акушерское, женское и детское. Было открыто десять коек для детей в возрасте до трех лет. Детское отделение позволило проводить обучение студентов «у постели больного». Студенты с интересом осваивали методы физикального обследования детей, включая осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию. За заслуги в области отечественной медицины в 1842 г. Степану Фомичу было присвоено звание академика, в 1843 г. – звание заслуженного профессора [6, 7].

Лекции С. Ф. Хотовицкого пользовались огромным успехом у студентов и в 1846 г. они были изданы в Академии литографическим способом. «Гинекологические записки. Литографические лекции» заметно потеснили иностранные руководства [7].

Передовой опыт обучения и научные разработки российского ученого легли в основу его фундаментального руководства «Педиятрика», вышедшего в свет в 1847 г. Этот труд оказался первым полноценным руководством по педиатрии не только в России, но и одним из первых в мире. «Педиятрика» состояла из 858 страниц и была напечатана в 600 экземплярах. В работе автор

обобщил свой многолетний опыт и представил взгляды на вопросы физиологии и патологии детского возраста [5].

Степан Фомич определил «Педиатрику» как самостоятельную науку и изложил ее цели и задачи. Под «Педиатрикой» он понимал «науку об отличительных особенностях в строении, функциях и болезнях детского организма, а также обоснованные на этих особенностях методы сохранения здоровья и лечения болезней у детей». Ученый утверждал, что отличие детского организма от организма взрослого заключается не в размере его органов и силе функций, присущих человеческому организму, а в особенностях состава и функций его органов, как в здоровом состоянии, так и во время болезни. Работа была разделена на две большие главы. В первой главе автор рассматривает вопросы общей педиатрии, описывает анатомо-физиологические особенности ребенка в разные периоды, а также отличительные особенности по сравнению с организмом взрослого. Вторая глава была посвящена вопросам частной педиатрии, где автор описал особенности патологии детского возраста и основные принципы диагностики и лечения детей от рождения до шестнадцати лет.

В «Педиатрике» также указывалось на необходимость проведения профилактических мероприятий для предотвращения развития патологии. Подчеркивалась важность проведения воздушных и солнечных ванн, а также игр на свежем воздухе. Степан Фомич обращал внимание на значимость питания в развитии детей всех возрастных групп, особенно в случае наличия патологии. В главе «Энциклопедического лексикона», ученый подробно описал рахит, известный также как «английская болезнь». Указав на потливость головы как один из ранних симптомов рахита, он отметил, что переход с искусственного вскармливания на естественное способствует нормализации фосфорно-кальциевого обмена [3, 5].

С. Ф. Хотовицкий сыграл важную роль в развитии отечественной педиатрии, выделив ее как самостоятельную дисциплину. Его фундаментальный труд «Педиатрика» стал первым

отечественным учебником по педиатрии. Степан Фомич разработал методические основы преподавания педиатрии и предложил подходы к обследованию и лечению детей разных возрастных групп, учитывая их анатомо-физиологические особенности. Будучи настоящим энтузиастом своего дела, он вел активную просветительскую деятельность в медицинском сообществе, применял современные подходы в клинической практике и медицинском образовании, а также популяризировал новое направление, что, в конечном итоге, повлияло на приобретение педиатрией статуса самостоятельной медицинской дисциплины в России.

Список источников

1. Мицюк Н. А. Опыт борьбы с детской смертностью в первой половине XIX века // Смоленский медицинский альманах. – 2015. – № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-borby-s-detskoj-smertnostyu-v-pervoy-polovine-xix-veka> (дата обращения: 18.02.2024).

2. Бисярина В. П., Маслов М. С. Педиатрия // Большая Медицинская Энциклопедия (БМЭ), под редакцией Петровского Б. В., 3-е издание. URL: <https://бмэ.орг/index.php/ПЕДИАТРИЯ> (дата обращения: 17.02.2024).

3. Маркова Т. С. Главное дело жизни Степана Фомича Хотовицкого // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2017. – Т. 2. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29185756> (дата обращения: 18.02.2024).

4. Фортыгина Ю. А., Коваленко Ю. А., Казанцев А. Д. Роль сотрудников кафедры повивального искусства и судебной медицины Петербургской медико-хирургической академии в развитии отечественных акушерства и педиатрии // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2017. – Т. 2. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29185759> (дата обращения: 18.02.2024).

5. Маркова Т. С., Тимакова В. А., Шерстнев Г. Е. 220 лет педиатрической науки и практики // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/220-let-pediatricheskoj-nauki-i-praktiki/pdf> (дата обращения: 17.02.2024).

6. Шмидт А. А., Новиков Е. И. Степан Фомич Хотовицкий основоположник педиатрии и основатель первой академической клиники для «родильниц, больных женщин вне беременности и детей больных» // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2021. – Т. 40. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44911110> (дата обращения: 18.02.2024).

7. Абашин В. Г., Шмидт А. А., Кальченко А. П. Становление клинического акушерства и гинекологии в России и Военно-медицинской (Медико-хирургической) академии // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2012. – № 4(40). URL: <https://www.vmeda.org/wp-content/uploads/2016/pdf/289-296.pdf> (дата обращения: 18.02.2024).

БОРОВИКОВА З. В., ФИНК Д.

РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ КРОВИ В КУЗБАССЕ

Аннотация. Представлена обзорная статья о развитии службы крови в Кемеровской области.

Ключевые слова: история медицины Кузбасса, донорство, Кузбасский центр крови

BOROVIKOVA Z. V., FINK D.

DEVELOPMENT OF BLOOD SERVICE IN KUZBASS

Abstract. A review article on the development of blood services in the Kemerovo region is presented.

Keywords: history of medicine in Kuzbass, donation, Kuzbass Blood Center

Служба крови в современном обществе – одна из важнейших составляющих системы здравоохранения, обеспечивающих спасение жизней и поддержание здоровья людей всех возрастов. Она занимается сбором, сортировкой, сохранением и использованием донорской крови и ее компонентов для переливания пациентам в различных ситуациях, таких как роды, травмы, операции или гематологические заболевания.

В 1926 г. по инициативе А. А. Богданова (1873–1928) в Москве был открыт научно-практический Институт переливания крови. Это было первое научное учреждение подобного профиля в мире, в котором, помимо лечения заболеваний органов кровеносной системы, занимались вопросами показаний для трансфузий, заготовки и хранения крови, обследования доноров, внедрения методов переливания крови, разработок кровезаменителей, создания банка доноров. С 1930 по 1940 г. в СССР начинают открываться филиалы Института в крупных городах, что способствовало развитию службы крови в стране и распространению донорства [1].

В 1934 г. в Кемеровской городской больнице состоялось первое переливание донорской крови, проведенное заслуженным врачом РСФСР М. А. Подгорбунским (1896–1986). Жители города боялись становиться донорами из-за страха перед новыми медицинскими манипуляциями. Чтобы показать людям безопасность процедуры, Михаил Алексеевич сам перелил свою кровь шахтеру, которому выполняли операцию, тем самым став первым донором Кузбасса [2]. Через два года в городе Кемерово был открыт кабинет переливания крови, что стало началом становления службы крови в молодом быстро развивающемся угольном регионе [3].

Великая Отечественная война 1941–1945 гг. стала важным периодом для развития военной медицины и проверкой на прочность всей системы советского здравоохранения. Большие потоки раненых военнослужащих требовали постоянного совершенствования методов лечения, особенно в случае огнестрельных ранений, которые были типичны для военного времени. Новым методом лечения осложненных огнестрельных ранений стало переливание крови. Серьезные кровопотери и раневые инфекции приводили к анемии и затрудняли лечение. Это проблему можно было решить гемотрансфузией. Однако до начала войны в Кузбассе переливание крови применялось редко, и лишь немногие врачи обладали необходимыми навыками, к тому же большинство из них ушло на фронт. Недостаток среднего медицинского персонала, владеющего навыками гемотрансфузии, был еще более острым. Для спасения жизней военнослужащих и восстановления их здоровья в Кузбассе срочно организовывали обучение медицинского персонала новой методике в каждом из эвакуационных госпиталей. К тому же, технике определения группы крови необходимо было обучить и сотрудников лабораторий.

Большое значение уделялось организации добровольного донорства на нужды Красной армии среди населения. Первоначально, донорами становились, в основном, сотрудники эвакогоспиталей, но позже, донорство вошло в массы и, несмотря на тяжелые условия работы, голод и бытовые трудности, люди сдавали кровь в надежде внести посильный вклад в Великую Победу. К середине 1943 г. только в г. Кемерово доноры собрали 122 литра крови для лечения раненых [4].

За годы Великой Отечественной войны на территории Кузбасса было развернуто 72 госпиталя. Чтобы справиться с возросшим спросом на донорскую кровь в регионе уже в 1943 г. действовало 8 пунктов переливания крови, а активных доноров насчитывалось около трехсот человек [4].

В 1943 г. Е. П. Еланцева (1913–1994) – заслуженный врач РСФСР, была назначена первым главным врачом Кемеровской

областной станции переливания крови (СПК). В эти годы основное внимание было сосредоточено на организационной и методической работе по подготовке врачей и медицинского персонала, созданию условий для хранения запасов крови и ее компонентов и их передаче в медицинские учреждения [3].

В период с 1947 по 1992 г. Кемеровскую областную станцию переливания крови возглавляла Е. С. Давыдова (1923–1992). За 45 лет работы на этой должности она внесла существенный вклад в развитие службы крови в регионе: по Кузбассу было открыто 8 станций переливания крови в крупных городах, организованы отделения переливания крови в городских и районных больницах, а также 128 реэус-лабораторий при всех пунктах переливания, в больницах и родильных домах [5]. Вместе с промышленным регионом, в котором увеличивалась численность населения, развивалась областная система здравоохранения [6] и служба крови. Под руководством Екатерины Семеновны Кемеровская областная станция переливания крови достигла уровня внекатегорийной (заготавливающей более 10000 литров крови в год), открыла отделение плазмозфереза и банк долгосрочного хранения крови. За самоотверженный труд и инициативу Е. С. Давыдова была отмечена: орденом «Знак Почета», знаком «Отличнику здравоохранения СССР», званием «Заслуженный врач РСФСР». Занимаясь активной общественной деятельностью, она основала областное научное общество гематологов и трансфузиологов [5].

В 1992 г. главным врачом Кемеровской областной СПК была назначена Л. И. Рогачева, награжденная знаком «Отличнику здравоохранения». После распада Советского Союза в 1990-х – начале 2000-х гг. на фоне кризисных явлений сильно сократилось количество доноров. В стране сложилась критическая ситуация с донорством. В это время руководство областной службы крови не только решало задачи по ее сохранению, но и продолжало внедрять современные методы заготовки компонентов донорской крови и новые методы лабораторного тестирования на инфекции, передающиеся при переливании крови [2].

С 2001 г. по настоящее время «Кузбасский центр крови» возглавляет И. А. Вафин (1963 г. р.), который является главным специалистом-трансфузиологом в Кемеровской области с 2008 г. Илгиз Ахматович отмечен медалью «За служение Кузбассу» и нагрудным знаком «За личный вклад в реализацию национальных проектов в Кузбассе» [7]. Помимо руководящей, организационной и научной работы, занимается просветительской деятельностью, выступая на радио и телевидении, и рассказывая о донорстве и службе крови [8].

В 2008 г., когда положение с донорством крови было признано несущим угрозу для здоровья граждан и безопасности страны, Минздравсоцразвития России приняло Программу развития Службы крови на 2008–2011 гг. Она была нацелена на развитие безвозмездного донорства. На проблемы донорства обратила внимание общественность. В России появилось большое донорское движение – с постоянными донорами, волонтерами, каналами коммуникации, своими традициями и акциями.

На данный момент в России, и в том числе в Кузбассе, реализуется Ведомственная целевая программа «Развитие службы крови». Ее задачами являются: организация заготовки, хранения, транспортировки и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов для безвозмездного обеспечения медицинских и научных организаций; развитие и ведение единой базы данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, функционирующей на всех объектах службы крови Российской Федерации. Важное место в программе отводится развитию, организации и пропаганде донорства крови и ее компонентов [9].

В Кузбассе начиная с 2003 г. ежегодно проходит акция «Кровь во имя жизни», в рамках которой пропагандируется безвозмездное донорство крови. В этой акции с самого начала принимают активное участие студенты и сотрудники Кемеровского государственного медицинского университета, сдавшие в 2022 г.

более 20 литров крови во время выезда сотрудников центра крови в наш университет [10].

В настоящее время Кузбасский центр крови выпускает 22 компонента крови. Для обеспечения больниц компонентами крови создан криобанк, где хранится необходимое количество свежезамороженной плазмы, замороженных эритроцитов и тромбоцитов, которые вводятся благодаря успешному внедрению методики криоконсервирования. В Кузбасском центре крови доноры могут сдать кровь (донация донорской крови) и тромбоциты (процедура автоматического тромбоцитозфереза). Прием доноров осуществляется как в порядке живой очереди, так и по записи в регистратуре. Кроме того, для удобства доноров возможна запись через единый портал Государственных услуг Российской Федерации. Бригада Кузбасского центра крови регулярно выезжает в населенные пункты региона, где раньше функционировали отделения переливания крови, по заранее утвержденному графику, чтобы обеспечить возможность сдачи крови каждому желающему.

По состоянию на 2022 г. в Кемеровской области было зарегистрировано 12,5 тыс. «Почетных доноров России», из которых 8037 человек являлись активными донорами. На сегодняшний день областная служба крови состоит из главного учреждения ГКУЗ «Кузбасский центр крови» в г. Кемерово и четырех филиалов, расположенных в Новокузнецке, Прокопьевске, Белово и Анжеро-Судженске. На базе центра действует Рекрутинговый центр по вступлению в Федеральный регистр доноров костного мозга [3].

Ежегодно происходит увеличение количества оперативных вмешательств, лечебных манипуляций и осложненных родов. Потребность учреждений здравоохранения в компонентах и препаратах крови растет постоянно. В этих условиях Кузбасский центр крови играет ключевую роль по снабжению медицинских учреждений региона кровью и ее компонентами. Служба крови Кузбасса, обеспечивая развитие высокотехнологичной медицинской

помощи, динамично развивается вместе со здравоохранением региона и страны, своевременно реагируя на современные вызовы. Этапы в развитии областной службы крови тесно связаны с событиями и процессами, происходившими в стране и в самом регионе на протяжении всей ее истории.

Список источников

1. Шевченко Ю. Л., Карпов О. Э., Жибурт Е. Б. Переливание крови: история и современность (к 100-летию переливания крови в России) // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. – 2019. – №4. – С. 4-11.

2. Архивные материалы музея истории КемГМУ.

3. Служба крови Кузбасса // Государственное казенное учреждение здравоохранения «Кузбасский центр крови» URL: <https://kemblood.wixsite.com/kemblood/--2>(дата обращения: 02.02.2024).

4. Орлова Е. А. Применение новых методов лечения в эвакогоспиталях Кузбасса в годы Великой Отечественной войны // Известия Алтайского государственного университета. – 2007. – № 4-2(56). – С 110-113.

5. Давыдова (урожденная Кострыкина) Екатерина Семеновна, заслуженный врач РСФСР // Архивный фонд Кемеровской области URL: <https://afond.kuzbassarchives.ru/index.php?act=fund&fund=1107> (дата обращения: 02.02.2024).

6. Боровикова З. В. Состояние здравоохранения в Кемеровской области во второй половине 1940-х – 1950-е гг. // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2018. – № 3 (75). – С. 12–19.

7. Вафин Илгиз Ахматович // Министерство здравоохранения Кузбасса. URL: <https://kuzdrav.ru/about/chief-specialists/16698/> (дата обращения: 02.02.2024).

8. Всероссийская акция «Суббота донора» // КузбассFM. URL: <https://kuzbassfm.ru/radio/3716?refresh> (дата обращения: 19.02.2024).

9. Приказ ФМБА России от 27.12.2018 N 293 (ред. от 30.09.2020) «Об утверждении ведомственной целевой программы «Развитие службы крови» // Кодификация РФ. URL: <https://rulaws.ru/amp/acts/Prikaz-FMBA-Rossii-ot-27.12.2018-N-293/> (дата обращения: 19.02.2024).

10. «Кровь во имя жизни»: студенты и сотрудники КемГМУ Минздрава России стали донорами крови // Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России. URL: https://kemsmu.ru/about_the_university/news/6910/?sphrase_id=156051 (дата обращения: 02.02.2024).

БОРОВКОВ В. В., ТЕЛИЧКО И. А.

ВОЕННО-САНИТАРНЫЕ ПОЕЗДА: ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ

Аннотация. Военные конфликты, в которых участвовала Россия в XIX – XX вв. характеризуются развитием военно-промышленного комплекса, появлением все более совершенных видов оружия. Это приводит к росту численности раненых и, как следствие, к увеличению числа санитарных потерь. Имеющаяся протяженность железнодорожных путей в России того времени позволяла эвакуировать из зоны боевых действий большое количество раненых с помощью специализированного транспорта – военно-санитарных поездов.

Ключевые слова: история медицины, военно-санитарный поезд, русско-турецкая война, гражданская война, Великая Отечественная война

BOROVKOV V. V., TELICHKO I. A.

HISTORY OF THE CREATION AND USE OF MILITARY AMBULANCE TRAINS

Abstract. The military conflicts in which Russia participated in the 19th and 20th centuries are characterized by the development of the military-industrial complex with the advent of increasingly sophisticated types of weapons, which leads to a large number of wounded and, as a consequence, an increase in the number of sanitary losses. The large length of railway tracks in Russia during this period made it possible to evacuate a large number of wounded from the combat zone with the help of specialized transport – military ambulance trains.

Keywords: history of medicine, military hospital train, Russian-Turkish war, civil war, Great Patriotic War

Для эвакуации раненых и больных военнослужащих во время войны использовались специально сконструированные военно-санитарные поезда. Их история в нашей стране насчитывает полтора века.

Первым реальным боевым опытом военных санитарных поездов отечественного производства стала русско-турецкая война 1877–1878 гг. В дальнейшем этот поезд стал использоваться для перевозки раненых во время Русско-японской войны 1904–1905 гг. К моменту начала этой войны были разработаны лучшие конструкции и схемы формируемых для этой цели поездов, которые на протяжении всего XX в. претерпевали сравнительно небольшие изменения.

Идея создания специального медицинского поезда впервые была высказана главноуправляющим путями сообщения К. В. Чевкиным. В 1856 г. он в докладе о роли транспорта в Крымской войне 1853–1856 гг. раскритиковал фактическое отсутствие железных дорог вблизи района боевых действий и организацию снабжения и перевозок в целом [1]. Поездов в то время

было очень мало. При этом он намеревался рассматривать эти поезда только как эвакуационные, не оказывая помощи раненым. Сообщения, которые К. В. Чевкин отправлял Александру II, произвели на государя тяжелое впечатление и заставили дать добро на изучение вопроса о военно-санитарных поездах.

После войны, чтобы выполнить пожелание монарха, К. В. Чевкин задумал построить санитарный поезд. Однако его предложение не получило должного рассмотрения на заседаниях соответствующих комитетов Главных железных дорог.

Первые испытания военно-санитарных поездов были проведены в 1877 г. во время русско-турецкой войны. Первый военно-санитарный поезд состоял из 17 вагонов: 4 грузовых и 13 пассажирских. Последние были способных вместить 400 больных и раненых. В товарном вагоне имелась кухня, прачечная, кладовая с холодильником и камера хранения. Один вагон второго класса предназначался для членов медицинской службы.

К началу Первой мировой войны в России было создано несколько военных санитарных поездов, которые, по сути, представляли собой упрощенные версии поездов для эвакуации раненых.

Военные санитарные поезда использовались в Гражданскую войну после Октябрьской революции. В 1930-е гг. была создана материальная база военных санитарных поездов. В состав поезда входили аптека, перевязочный пункт, кухня и машина скорой помощи для тяжелораненых. Каждая карета состояла из трех компонентов. Большая часть подвижного состава хранилась на локомотивных и вагоноремонтных заводах Народного комиссариата путей сообщения (НКПС), а также на отдельных станциях.

Наибольшее количество больных и раненых перевезли военно-санитарные поезда в годы Великой Отечественной войны. Военные санитарные поезда сыграли решающую роль в спасении миллионов советских солдат и мирных жителей. В них оказывали

первую медицинскую помощь, размещались мобильные госпитали с операционными. Такие поезда привлекали для эвакуации людей [1, 2].

24 июня 1941 г. был отдан приказ о формировании 288 военно-санитарных поездов (ВСП) в кратчайшие сроки. Через два дня вступили в действие «Положение о военно-санитарных поездах», подписанное заместителем наркома обороны СССР С. М. Будённым и «Инструкция по погрузке и разгрузке военно-санитарных поездов». В результате, под эти цели были выделены 6 тыс. вагонов, определены штаты железнодорожников в бригадах и обозначены места формирования поездов. ВСП были разделены на две категории: 150 постоянных составов предназначались для перевозки тяжелораненых бойцов и бойцов с ранениями средней тяжести с фронта в тыловые госпитали и 138 санитарных летучек для быстрой эвакуации раненых в ближайший тыл и прифронтовые госпитали [3].

Первый военно-санитарный поезд выпустил Вологодский паровозовагоноремонтный завод (сегодня – Вологодский вагоноремонтный завод). Произошло это 26 июня 1941 г. Так началась героическая история легендарного ВСП № 312. Бригада поезда состояла из 40 медицинских работников и железнодорожников. В течение войны поезд прошел 200 тыс. км, что равно пяти оборотам вокруг Земли, и доставил более 25 тыс. раненых [4, 5].

В 1941 г. на службе находилось 272 военно-санитарных поезда. В 1942 г. уже действовало около 700 военно-санитарных поездов, включающих 260 поездов первой военно-санитарной помощи, 137 вторичных военно-санитарных помощников и 300 санитарных летучек.

В современной России создание военно-санитарных поездов началось с 1993 г. По состоянию на 2010 г. в России действовало пять передвижных консультативно-диагностических центров (ПКДЦ) на базе железнодорожных поездов: «Здоровье» (ЗСЖД), «Доктор Войно-Ясенецкий – Святитель Лука» (КрЖД),

«Терапевт Матвей Мудров» (ДВЖД, до 2017 г.), «Академик Федор Углов» (ВСЖД) и «Хирург Николай Пирогов» (СЖД). По состоянию на 2019 г. из них остались действующими два: «Доктор Войно-Ясенецкий – Святитель Лука» и «Академик Федор Углов». С 2021 г. ведется оборудование еще одного поезда. Диагностические поезда состоят из 8–10 переоборудованных пассажирских вагонов. В поезде есть аптека, где можно приобрести лекарства сразу после обследования». Их основная цель – оказание медицинской помощи жителям отдаленных железнодорожных районов, а также в случае серьезных железнодорожных происшествий с пострадавшими [6].

Список источников

1. Назарова Е. И. Военно-санитарный поезд № 66 московско-виндаво-рыбинской железной дороги в 1914 – 1915 гг. // Материалы конференций СПб ГБУ ДМ «ФОРПОСТ» за 2017 год: Военная история: даты, факты, люди; Тенденции развития добровольчества в Санкт-Петербурге / Под ред. В. А. Носова, С. А. Пищулина, В. С. Полянского. – Санкт-Петербург: ГБУ ДМ «ФОРПОСТ», 2017. – С. 61- 65.

2. Будко А. А., Журавлёв Д. А., Грибовская Г. А. Первое использование российской армией военно-санитарных поездов на театре военных действий (по опыту Русско-турецкой войны 1877–1878 годов) // Война и оружие. Новые исследования и материалы: Труды Восьмой Международной научно-практической конференции. 17–19 мая 2017. – Ч. 4. – Санкт-Петербург: ВИ-МАИВиВС, 2017. – С. 366-370.

3. Гладких П. Ф. Российская военная медицина в первые годы советской власти // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2017. – № 3. – С. 5-17.

4. Никулина П., Иващенко В. А. Роль железнодорожного санитарного транспорта в годы Великой Отечественной войны //

Инновационное развитие современной юридической науки: Материалы II ежегодных научных чтений, посвященных памяти профессора А. П. Лончакова. – Хабаровск: ТГУ, 2018. – С. 117-121.

5. Никогосян Н. Р., Брагиров Г. Б. Транспортировка раненых красноармейцев в годы Великой Отечественной войны: способы и виды // Альманах молодой науки. – 2021. № 1 (40). – С. 29-30.

6. Чиж И. М., Сергеева М. С., Шматова М. Б., Токарь А. А. Санитарные поезда как средство эвакуации раненых в военных компаниях Российской империи 1877–1917 гг. // Былые годы. – 2021. – № 16 (2). – С. 829-839.

БУСЛАЕВ М. С.

НОВЫЕ СТРАНИЦЫ В ИСТОРИИ ЖИЗНИ ПЕРВОГО РЕКТОРА КЕМЕРОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Аннотация. Новые факты о самоотверженном подвиге врача Степана Васильевича Беляева в годы Великой Отечественной войны оказались известны впервые в 2020 г., благодаря обнаруженной во время ремонта тетради.

Ключевые слова: Степан Беляев, Великая Отечественная война, подвиг, концлагерь, тетрадь

BUSLAEV M. S.

NEW PAGES IN THE LIFE HISTORY OF THE FIRST RECTOR OF THE KEMEROVO MEDICAL INSTITUTE

Abstract. New facts about the selfless feat of doctor Stepan Vasilyevich Belyaev during the Great Patriotic War turned out to be known for the first time in 2020, thanks to a copybook discovered during repair.

Keywords: Stepan Belyaev, The Great Patriotic War, feat, concentration camp, copybook

История не имеет границ и никогда не заканчивается. Попасть в события любых времен и периодов и сделать новые открытия можно совершенно неожиданно и из современного мира.

Осенью 2023 г. группе студентов КемГМУ удалось посетить исторический музей Кузбасской клинической областной больницы. Экскурсия была посвящена моментам развития здравоохранения в Кемеровской области и была довольно интересная и познавательная. Особый интерес вызвала биография первого главного врача областной больницы, чье имя она носит, и первого ректора Кемеровского медицинского института Степана Васильевича Беляева. Основные моменты его биографии известны. Родившийся в 1903 г. в сибирском селе, Степан Васильевич получил учительское образование в Красноярске, а позднее поступил в Томский государственный университет на медицинский факультет, по окончании которого в 1928 г. стал хирургом [1]. Годы его молодости пришлось на тяжелые времена революционных событий, голода, репрессий и других потрясений в обществе.

Уже опытным хирургом в 1941 г. он попал на фронты Великой Отечественной войны, где не только помогал раненым, но и принимал участие в боевых действиях. В первые месяцы войны во время тяжелого боя в окружении С. В. Беляев с обозом медсанбата и ранеными попал в плен и был перемещен в фашистский концлагерь в городе Боровуха на территории Белоруссии. В лагере от ран и инфекционных болезней ежедневно умирало до 250 человек. Как врачу Беляеву было разрешено оказывать медицинскую помощь заключенным лагеря, что безусловно спасло многие жизни. В этот опасный для собственной жизни период Степан

Васильевич нашел связь с партизанами и подпольем и позднее с группой единомышленников совершил побег из лагеря. Эти факты биографии изложены журналистом Н. Я. Троицким в документальной повести о Степане Беляеве [2], а также не раз описывались в очерках и статьях исследователей, в том числе студентов КемГМУ [3].

Совершенно неожиданным и новым в рассказе сотрудника музея Нины Николаевны Шаповаловой стало повествование о событиях 2020 г., произошедших в упомянутом выше городе Боровуха во время ремонта здания, в котором во время оккупации располагалась санитарная часть концентрационного лагеря для военнопленных Шталаг № 354. Один из рабочих обнаружил под сводами крыши спрятанную тетрадь, в которой оказались подробные сведения о 200 погибших и 500 заключенных лагеря с полными именами и фамилиями. Данная тетрадь использовалась для медицинского учета военнопленных и велась с января по май 1942 г. В ней аккуратно и точно под порядковыми номерами велись записи фамилии, имени, отчества, года рождения, воинского звания, домашнего или последнего адреса проживания, диагноза, времени прибытия, выбытия, даты смерти. Иногда добавлялись сведения о национальности [4]. Тетрадь оказалась бесценным документом для установления судеб многих военнослужащих, в



Рис. 1. С. Н. Воронович с тетрадью С. В. Беляева

том числе и считавшихся пропавшими без вести. Представители белорусского поискового отряда «Разведчики воинской славы» передали тетрадь в распоряжение управления по увековечению памяти защитников Отечества и жертв войн Вооружен-

ных Сил Министерства обороны Беларуси. На пресс-конференции, посвященной Дню всенародной памяти жертв Великой Отечественной войны, начальник управления, полковник С. Н. Вороневич озвучил, что автором записей является Степан Васильевич Беляев. Он же показал оригинальную тетрадь (рис.1).

Сотрудник музея рассказала о проведенных мероприятиях по поиску родственников Степана Васильевича, которые по некоторым данным должны были обосноваться в городе Свердловск (ныне Екатеринбург). С большим трудом, не смотря на современные информационные технологии, удалось найти его внуков, детей дочери. Они подтвердили историю с тетрадью и дополнили интересные детали. Многие военнослужащие, чьи судьбы были установлены, благодаря записям их деда, оказались родом из Казахстана. И в настоящее время в школах братского нам государства, где учились эти люди, созданы уголки памяти погибших с упоминанием имени С. В. Беляева.

Жуткие подробности про Шталаг – 354, где было уничтожено более 18 тыс. людей, опубликованы в 2023 г. в большом научном исследовании сотрудников Полоцкого государственного университета А. И. Корсак и С. А. Каминского [5]. По поводу найденной в 2020 г. тетради уточняется, что помимо С. В. Беляева, ее вели еще два человека, один из которых, предположительно, хирург Константин Шадурский, попавший в плен и спасавший узников лагеря вместе с Беляевым.

Согласимся с печальными выводами исследователей, что «феномен насилия сопровождает общество на всем пути его развития. Насилие присутствует всегда, выражаясь в разной степени в зависимости от сложившейся текущей ситуации» [6, с. 171]. Противостоят насилию и жестокости другие качества человеческой природы, основанные на гуманизме и любви к ближнему. В душевной организации врача именно они занимают определяющее место.

Небезразличие, добросердечность и милосердие к людям является приоритетом истинного врача. Деятельность Степана

Васильевича Беляева – это не только проявлением профессионализма, но и любви и сострадания к людям. Как справедливо указывал А. Г. Тулеев, «многие качества человеческого характера приобретаются с годами, с опытом, через преодоление невзгод, осознание ошибок, горечь утрат. Но есть глубинные, стержневые свойства личности – доброта, порядочность, честность, милосердие, которые наследуются от родителей, передаются с молоком матери» [7, с. 9]. Очевидно, что мужественный сибиряк, врач по призванию, рисковавший своей жизнью, спасавший людей в жесточайших условиях плена, Степан Васильевич сделал еще и все возможное, чтобы сохранить и донести память о военнопленных до их близких. Наверное, он сам не предполагал в те страшные дни и месяцы, что это случится и будет важным через почти 80 лет, но исполнял свой долг врача добросовестно, честно и мужественно.

Отношение государственных органов, общественных организаций и каждого отдельного человека к найденным материалам и сведениям об узниках концлагеря говорит о том, насколько важна судьба любого человека и в мирное, и в военное время.

Список источников

1. Степан Васильевич Беляев – первый главный врач Кемеровской областной клинической больницы и первый ректор Кемеровского медицинского института // Кузбасская научная медицинская библиотека. Электронный каталог. URL: <https://medlib.kuzdrav.ru/articles/71/4284?Ysclid=lsdap86cj4836885995> (дата обращения: 14.02.2024).

2. Троицкий Н. Степан Беляев. Из поколения победителей. – Москва: Евразия+, 2005. – 82 с.

3. Подвиги Степана Васильевича Беляева в годы Великой Отечественной войны // Социальная сеть «ВКонтакте», КемГМУ Минздрава России, 26 дек. 2023. URL: <https://vk.com/@myk>

emsmu-podvigi-stepana-vasilevicha-belyaeva-v-gody-velikoi-otechest (дата обращения: 15.02.2024).

4. Минобороны обнаружило и исследует тетрадь, которую вел один из врачей лагеря Штаглаг-354 // Издательский дом «Беларусь сегодня», 18 июня 2020 года. URL: <https://www.sb.by/articles/minoborony-obnaruzhilo-i-issleduet-tetrad-kotoruyu-vel-odin-iz-vrachey-lagerya-shtalag-354-.html> (дата обращения: 14.02.2024).

5. Вышла в свет книга о лагере для военнопленных в Боровухе, где уничтожили более 18 тысяч человек // Издательский дом «Беларусь сегодня», 15 марта 2023. URL: <https://www.sb.by/articles/vyshla-v-svet-kniga-o-lagere-dlya-voennoplennykh-v-borovukhe-gde-unichtozhili-bolee-18-tysyach-chelo.html> (дата обращения: 14.02.2024).

6. Степанцова Е. В. Геноцид: проблемы борьбы и предупреждения // Проблема фальсификации истории и реабилитации нацизма: сборник материалов Международной научно-практической конференции. – Кемерово: КеМГМУ, 2023. – С.171-178.

7. Тулеев А. Г. Преодоление. – Кемерово: Сибирская издательская группа, 2015. – 672 с.

ВАЛИУЛЛИНА Е. В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В РАБОТАХ В. П. СЕРБСКОГО

Аннотация. В статье представлен краткий обзор психологических аспектов в трудах В. П. Сербского. Рассмотрены взгляды ученого на роль психологических методов исследования в психиатрической практике, психологическое исследование личности несовершеннолетних заключенных, позиция по проблемам диссимуляции. Проанализирован вклад ученого в отечественную медицину и психологию.

Ключевые слова: В. П. Сербский, психиатрия, психология, судебная психиатрия, публикации

VALIULLINA E. V.

PSYCHOLOGICAL ISSUES IN THE WORKS OF V. P. SERBSKY

Abstract. The article provides a brief overview of the psychological aspects in the works of V. P. Serbsky. The scientist's views on the role of psychological research methods in psychiatric practice, psychological research into the personality of juvenile prisoners, and his position on the problems of dissimulation are considered. The scientist's contribution to domestic medicine and psychology is analyzed.

Keywords: V. P. Serbsky, psychiatry, psychology, forensic psychiatry, publications

Владимир Петрович Сербский (1858–1917) – выдающийся отечественный врач-психиатр, один из основоположников российской судебной психиатрии, заложивший ее организационные основы. Сегодня имя В. П. Сербского носит Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии в Москве, основными направлениями деятельности которого являются проведение сложных судебно-психиатрических экспертиз, разработка научных основ судебной психиатрии, а также реализация медицинской, образовательной и научной деятельности [1].

Сфера научных и практических интересов В. П. Сербского – психиатрия, но вопросы общей, клинической, юридической психологии обсуждаются во многих публикациях автора. Так, в издании 1912 г. «Психиатрия» В. П. Сербский акцентирует внимание на психологических методах исследования в психиатрической практике. Автор постулирует принцип неразрывности и взаимосвязи проявлений психической деятельности и предлагает применять методы психологических исследований, основанные

на качественном анализе, в противовес количественному математическому анализу в подходах зарубежных специалистов того времени («неудачные» примеры таких исследований он рассматривает в своих работах). Динамическая оценка экспериментально-психологических данных исследований была противопоставлена В. П. Сербским формализму психиатрии того времени. Возможные причины получаемых диагностических различий у одного и того-же больного ученый объяснял психологическими аспектами (например, влиянием усталости, соответствующим настроением или желанием обследуемого) [2]. Следует отметить, что В. П. Сербский не переоценивал значимость психологических исследований, он указывал на возможности таких методов в характеристике личности и изменения ее под влиянием болезни, но считал, что эти данные не могут быть опорой для диагноза.

В работах по судебной психиатрии В. П. Сербский рассматривает проблему диссимуляции психопатологических расстройств, в частности при «хроническом бреде преследования», который может длительно скрываться с целью освобождения от надзора и выписки из стационара. «Под диссимуляцией в клинической психологии понимают скрывание пациентом своей болезни или отдельных симптомов болезни. Чаще наблюдается в психиатрической или венерологической клиниках» [3]. По мнению В. П. Сербского, психологический анализ личности должен учитываться и при диагностике заболеваний, и при диагностике выздоровлений. Одним из надежных критериев для диагностики выздоровления ученый считал критическое отношение больного к своему заболеванию.

В 1901 г. В. П. Сербский опубликовал в журнале Министерства юстиции работу «Об условиях помещения душевнобольных, совершивших преступления, в психиатрические больницы по определению суда и освобождения их». До этого ученый несколько лет преподавал судебную психиатрию в Императорском Московском университете и возглавлял комиссию Психологического общества (г. Москва). По итогам работы комиссии были

сделаны различные заключения об организации медико-педагогического надзора в исправительных заведениях для осужденных малолетних преступников. Так, предлагалось для всех поступающих в эти заведения подростков проводить психиатрическое обследование с целью «выявления душевных расстройств или предрасположенности к таковым». Для уже отбывающих наказание малолетних преступников был введен т.н. «Листок для исследования воспитанника», который представлял собой опросный лист (который заполнялся работниками изолятора) и позволял отследить психологические характеристики, личность несовершеннолетних и ее изменения в динамике, причем присутствие психиатра было не обязательно.

Такой Листок включал множество пунктов: от антропологических и физических данных до интеллектуальной, эмоциональной и мотивационной сферы. Так, пункт про интеллект воспитанника содержал такие трактовки – «быстрое, медленное, прочное или нет запоминание»; «соображает быстро или медленно»; «хорошо ли излагает мысли устно и письменно»; «проявляет ли изобретательность», «нет ли непоследовательности, нелогичности мышления, суеверий и странных мыслей»; «не сочиняются ли небылицы»; «имеется ли рассеянность, отвлекаемость»; «не замечается ли преобладание памяти, воображения или рассудка» и т.д. Пункт про «характеристики чувств воспитанника» исследовал настроение, склонности к аффектам, отношение к религии; особенности нравственных чувств – «любовь к родным», «отношение к приюту», «склонность к доносам», «хитрость, лстивость, самомнение», «мстительность», «расточительность» и т.д. Отдельно были вопросы про «эстетическое чувство»: «неряшливость», «чувство чистоплотности», «стремление к франтовству», «способности к сценическому искусству, музыке, рисованию» и т.д., а также выявление «низших чувств»: «развитие полового чувства», «прожорливость», «неприличность в разговорах», «любовь к лакомствам» и т.д. В заключении Листка изучались особенности волевых качеств воспитанников:

«исполняет ли задуманное», «не противоречат ли действия словам», «какие стремления приведут к действию» – «собственная выгода», «личное удовольствие», «страх наказания», «подражательность», «внушаемость», «стыд перед воспитателем» и т.д. [4].

В публикации 1896 г. в журнале «Вопросы философии и психологии» и в выступлении на Международном конгрессе криминальной антропологии В. П. Сербский уделил особое внимание вопросам юридической психологии. Он критично отнесся к взглядам французского психиатра Б. О. Мореля о проблемах наследственной дегенерации и основоположника антропологического направления криминологии, итальянского психиатра Ч. Ломброзо, доказывающего существование «резких граней» между преступными и не преступными людьми, хотя В. П. Сербский считал эти работы важными, интересными и передовыми для того времени. Согласно концепции Ч. Ломброзо, преступник – это «особая разновидность человеческого рода, с характерными психическими и физическими признаками, особый антропологический тип» [5]. Среди характерных психических признаков преступника приводились следующие – притупление нравственного чувства, жестокость, склонность к татуировкам, использование особого жаргона, увлечение спиртными напитками и азартными играми. Такие выводы Ч. Ломброзо В. П. Сербский считал недостаточно обоснованными, но подчеркивал необходимость всестороннего изучения личности преступника и собственно преступность. Он утверждал, что «преступление отражает сложный результат взаимодействия двух факторов: общественного и личного».

Первый научный труд В. П. Сербского датируется 1886 г. Это публикация «Отчет об осмотре психиатрических заведений в Австрии, Швейцарии, Франции, Германии и России, представленный тамбовской губернской земской управе» [6]. Библиография ученого включает множество статей («Об острых формах умопомешательства» в журнале «Медицинское обозрение», 1885 г.; «К вопросу о раннем слабоумии» в журнале «Невропатология

и психиатрия им. С. С. Корсакова», 1902 г.), монографий («Продолжительность, течение и исходы душевных болезней», 1906 г.; «Руководство к изучению душевных болезней», 1906 г.) и учебников («Судебная психопатология», 1895 г.; «Психиатрия», 1912 г.). В. П. Сербский был редактором «Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова» и членом редколлегии, основателем психиатрического кружка «Малые пятницы», занимал должность председателя Московского общества невропатологов и психиатров, заведовал психиатрической клиникой в Москве. Среди его учеников и коллег такие видные деятели отечественной медицины, психиатрии, физиологии как М. М. Асатиани, Н. Е. Введенский, П. Б. Ганнушкин, Т. А. Гейер, М. О. Гуревич, Е. Н. Довбня, Ф. А. Рейн, Л. М. Розенштейн и др.

Список источников

1. Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского. URL: <https://serbsky.ru/> (дата обращения: 10.12.2023).
2. Осколкова С. Н. Вопросы психологии в трудах В.П. Сербского // Юридическая психология. – 2013. – № 2. – С. 2-8.
3. Валиуллина Е. В. Факторы профессионального выбора студентов медицинского вуза // Дневник науки. – 2019. – № 3 (27). – С. 21.
4. Вопросы психологии в трудах В. П. Сербского. URL: <https://wiselawyer.ru/poleznoe/70019-voprosy-psikhologii-trudakh-serbskogo> (дата обращения: 27.12.2023).
5. Сербский В. П. Преступные и честные люди // Вопросы философии и психологии. – 1896. – Кн. 35. – С. 660 - 678.
6. СЕРБСКИЙ Владимир Петрович – Большая Медицинская Энциклопедия. URL: https://бмэ.орг/index.php/СЕРБСКИЙ_Владимир_Петрович (дата обращения: 24.12.2023).

ВЕРЕТЕНОВ Д. Б., ТОКМАКОВА Л. А.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ И КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНИКИ ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Аннотация. В статье рассмотрено понятие комплаентность пациента. Приведены данные опросов населения, которые показали крайне низкий уровень комплаентности пациентов. Повышению комплаентности способствуют коммуникативные техники. Некоторые из них рассмотрены в данной работе.

Ключевые слова: комплаентность, медикализация, рекомендации, эффективность лечения, информационная ятрогения

VERETENOV D. B., TOKMAKOVA L. A.

COMPLIANCE AND COMMUNICATION TECHNIQUES TO IMPROVE IT IN THE PRACTICE OF A DOCTOR

Abstract. The article discusses the concept of patient compliance. The data of population surveys are presented, which showed an extremely low level of patient compliance. Communication techniques help to increase compliance. Some of them are considered in this paper.

Keywords: compliance, medicalization, recommendations, treatment effectiveness, information iatrogeny

Комплаентность пациента – понятие, включающее в себя осознанное и последовательное выполнение пациентом назначений/рекомендаций врача, а в случае необходимости, и изменение образа жизни [1].

В термине «Комплаентность пациента» можно выделить два фактора:

1. Медикализация – понятие, определяющее тенденцию отсутствия либо частичного соблюдения рекомендаций врача населением, по отношению к прописанному лечению или самолечение пациента на основе информации, полученной из интернета, и посторонних людей [2].

2. Непосредственное полное выполнение рекомендаций врача относительно имеющегося заболевания [3].

В современном обществе проблема непонимания всей важности предписаний лечащего врача занимает все более важное место. Определенная группа людей, уже имея в своем доступе мнение специалиста, склонны в большей степени полагаться на информацию из интернета либо всецело доверять словам людей, которые уже прошли некоторое лечение и имели положительный эффект. Вследствие чего такие пациенты самостоятельно или меняют курс лечения, или вовсе отменяют терапию.

Комплаентность пациента оценить не только со стороны действий самого пациента, но и действий врача. Для более простого понимания перечислим основные, по нашему мнению, аспекты, влияющие на данное понятие:

1. Клинические факторы (подробная инструкция о приеме лекарственных средств (ЛС)) – как принимать ЛС, сколько раз в день, в какой временной промежуток, эффект после приема, возможные побочные реакции.

а) В амбулаторных условиях – посещения врача в назначенную дату.

б) В условиях стационара и амбулатории – динамика течения заболевания.

2. Социальные факторы (достоверность в осведомленности пациента о своем заболевании, плане его лечение, возможных осложнениях; заинтересованности в терапии данного патологического состояния). В том числе обучение врачей различным подходам к лечению пациентов, сложно идущих на контакт [4].

3. Психологический фактор (тест Мориски-Грин). Согласно его критериям, комплаентными считаются пациенты, ответившие на нижеследующие вопросы «нет» 4 раза (набравшие 4 балла; некомплаентными – набравшими 2 балла и менее; набравшие 3 балла считаются недостаточно комплаентными и находящимися в группе риска по развитию некомплаентности):

1. Забывали ли Вы когда-либо принять препараты? (нет/да)

2. Относите ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да)

3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет/да)

4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? (нет/да) [5].

Понятие комплаентность можно представить в виде уровней:

1. Эмоциональная комплаентность – склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленная повышенной впечатлительностью и чувствительностью.

2. Социальная комплаентность – стремление соответствовать предписаниям врача, обусловленное ориентацией на социальное одобрение;

3. Поведенческая комплаентность – стремление к соблюдению врачебных рекомендаций, направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие [6].

Осенью 2023 г. нами был проведен два опроса среди населения города Кемерово, в ходе которого было опрошено 105 человек.

По данным анкеты:

1) 50% пациентов в полном объеме выполняют рекомендации врача, идут под постоянным надзором врача, употребление сторонних препаратов согласовывают с врачом.

2) 40% пациентов выполняют назначение врача частично, допуская погрешности в приеме ЛС, а также самостоятельно корректируют их прием, применяют сторонние препараты без согласования их с врачом.

3) 10% пациентов выполняют рекомендации врача только во время заболевания/ обострения уже имеющегося заболевания, после самостоятельно прекращают прием ЛС, переходя полностью на другие препараты или в целом отменяют прием ЛС.

Данные проценты свидетельствуют о довольно низкой комплаентности пациентов, для более полного анализа данных были заданы уточняющие вопросы:

1) «Поняли ли вы объяснения врача в момент назначения ЛС?»

2) «Поняли ли вы как, когда и сколько нужно употреблять ЛС?»

3) «Обсуждали ли вы назначения врача с другими специалистами / родственниками, с целью смены лечения?»

4) «При отсутствии, на ваш взгляд, улучшения состояния здоровья, обращались ли вы за повторной консультацией к этому же врачу?» [7].

Из полученных ответов следует:

1) 45% пациентов изначально были против назначенных врачом ЛС, с их слов прочитав информацию в интернете и спросив у родственников/ других специалистов, пациент самостоятельно прекращал или менял ЛС.

2) 30% пациентов не поняли, как правильно нужно принимать данное ЛС и не получая должного эффекта, самостоятельно меняли курс лечения.

3) 15% пациентов не поняли, как правильно принимать данное ЛС и обратились за повторной консультацией врача.

4) 10% пациентов решили самостоятельно прекратить прием ЛС по достижении эффекта уменьшение симптомов или их исчезновение.

Полученные данные свидетельствуют о крайне низкой комплаентности пациентов. В связи с этим необходимо врачу в практической деятельности применять техники, способствующие повышению комплаентности пациента.

Мы разделяем точку зрения А. П. Зильбера, который утверждает, что причиной многих несчастий и даже катастроф в медицине является «сокращение или даже утрата психологического контакта между больным и врачом» [9, с.27]. Для восстановления психологического контакта и повышения комплаентности пациента необходимо использовать коммуникативные техники [8]. Проанализируем их.

Техника активного слушания. Врач, используя вербальные и невербальные средства воздействия должен показать пациенту собственную заинтересованность и вовлеченность в процесс, стимулировать пациента к беседе, задавать вопросы, не перебивать, необходим зрительный контакт, поощрение жестами. «Внимательно слушай и помогай говорить». Активное слушание позволяет показать пациенту и его родственникам, что ими действительно заинтересованы, что их стремятся понять. Это помогает им раскрываться и более свободно обсуждать с врачом наболевшие вопросы, например, о течении болезни, об изменениях в жизни семьи, об опасениях, что лечение не подействует или что больной не сумеет выдержать назначенный режим» [8].

Для повышения комплаентности пациенту необходима эмоциональная вовлеченность врача. Пациента нужно подбадривать, хвалить, говорить комплименты. Действия и слова врача должны способствовать минимизации неловкости у пациента, если речь заходит о сокровенных, интимных вещах. Пациент должен мочь довериться врачу, чтобы рассказать полную информацию о своем состоянии и описать симптомы.

Одним из правил биоэтики является правило правдивости, согласно которому о прогнозе пациенту необходимо правдиво, в доступной форме и тактично сообщать. Данное правило должно распространяться в целом на коммуникацию врача с пациентом,

при назначении ЛС, объяснении особенностей приема ЛС. Доступность понимания для пациента достигается за счет минимального использования профессиональных терминов, жаргонизмов. Если пациент не понял врача и не задал уточняющий вопрос, он будет вольно интерпретировать полученную информацию или искать объяснение в сети Интернет, что будет снижать комплаентность.

Таким образом, для успешной коммуникации врач должен убедить пациента в необходимости поддержания обратной связи с врачом. Высокая комплаентность пациента способствует повышению оптимальных результатов лечения, снижению или предотвращению осложнений и рецидивов.

Список источников

1. Бутов Ю. С. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 896 с.

2. Веретенев Д. Б., Токмакова Л. А. Медикализация жизни как социальный феномен // Общественные и гуманитарные науки: междисциплинарный диалог: материалы V Межрегиональная научно-практическая конференция, посвященная Дню Героев Отечества / отв. ред. Д. Ю. Кувшинов, Н. Н. Ростова, Л. В. Гукина, М. Г. Марьина. – Кемерово: КемГМУ, 2024. – С. 49-51.

3. Токмакова Л. А., Веретенев Д. Б. Соблюдение пациентом рекомендаций врача // Общественные и гуманитарные науки: междисциплинарный диалог: материалы V Межрегиональная научно-практическая конференция, посвященная Дню Героев Отечества / отв. ред. Д. Ю. Кувшинов, Н. Н. Ростова, Л. В. Гукина, М. Г. Марьина. – Кемерово: КемГМУ, 2024. – С. 253-256.

4. Юдин С. А., Деларю В. В., Борзенко А. С. Проблема комплаентности во фтизиатрии: позиции врачей и пациентов диаметрально противоположны // Социология медицины. – 2014. – № 1 (24). – С. 19-21.

5. Menard J., Chatellier G. Liitng factors in the control of blood pressure: why is there a gap between theory and practice? // Journal Human Hypertension. – 1995. – Vol. 9. (Suppl. 2). – P. 19-23.

6. Кадыров Р. В., Асриян О. Б., Ковальчук С. А. Опросник «Уровень комплаентности». – Владивосток, 2014. – 74 с.

7. Лапин И. П. Согласие – фактор, определяющий общение пациента и врача и успешность лечения // Клиническая медицина. – 1999. – № 11. – С. 15-18.

8. Трушкина С. В. Коммуникативные техники повышения комплаентности пациентов в практике врача // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 5. – С. 6.

9. Зильбер А. П. Этюды медицинского права и этики. – Москва:МЕДпресс-информ, 2022. – 840 с.

ГОНЧАРЕНКО В. А., ГРОМАКИНА Е. В.
БАСОВА Г. Г., ГОНЧАРЕНКО А. В.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КУЗБАССЕ В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД

Аннотация. Проведен анализ основных этапов развития офтальмологической службы в Кузбассе в послевоенный период. Отмечено интенсивное развитие всех направлений офтальмологии на основе полученного опыта в период преобладания в структуре заболеваемости воспалительной патологии. Формирование службы как системный, комплексный и поступательный процесс было обеспечено подготовкой, привлечением и мотивацией высоко квалифицированных кадров, развитием профилактической работы и ранней диагностики на поликлиническом уровне, увеличением коечного фонда и материально-техническим оснащением. Благодаря созданию эффективной государственной орга-

низационной структуры и методической базы за короткий исторический период достигнуто высокое качество оказания специализированной офтальмологической помощи и ее доступность всем группам населения.

Ключевые слова: офтальмология, Кузбасс, организация медицинской помощи

GONCHARENKO V. A., GROMAKINA E.V.,
BASOVA G. G., GONCHARENKO A. V.

MAIN STAGES OF DEVELOPMENT OF THE OPHTHALMOLOGICAL SERVICE IN KUZBASS IN THE POST-WAR PERIOD

Abstract. An analysis of the main stages of development of the ophthalmological service in Kuzbass in the post-war period was carried out. Intensive development of all areas of ophthalmology was noted based on the experience gained during the period of predominance in the structure of morbidity of inflammatory pathology. The formation of the service as a systematic, comprehensive and progressive process was ensured by the experience, attraction and motivation of highly qualified personnel, the development of preventive work and early diagnosis at the outpatient level, an increase in bed capacity and material and technical equipment. Thanks to the creation of an effective state organizational structure and methodological base, in a short historical period, high quality of specialized ophthalmological care and its accessibility to all groups of the population have been achieved.

Keywords: ophthalmology, Kuzbass, medical care management

Начало формирования офтальмологической службы в Кузбассе связано с открытием в довоенные годы специализированных глазных кабинетов в городах Кемерово и Новокузнецк [1, 2]. Первым организатором офтальмологической помощи населению Кузбасса была врач-офтальмолог Е. А. Скорик, которая в 1930 г.

начала трудовую деятельность в г. Кемерово. Офтальмологическая помощь на территории Новокузнецка (1931) впервые была организована для строителей Кузнецкого металлургического комбината (КМК) в амбулатории. В свободное от приемов время врачи обслуживали вызовы на дому, обходили прикрепленные участки (бараки, землянки и палатки, где жили строители, а в последующем – рабочие комбината), проводили осмотры и вели санитарно-просветительную работу. В 1936 г. в регион были привлечены 22 врача-офтальмолога, открыто 5 глазных отделений на 88 коек, 17 глазных кабинетов, трахоматозный диспансер, два врачебных трахоматозных пункта [2]. Основным направлением деятельности врачей-офтальмологов поликлиник была коррекция оптических дефектов органа зрения, лечение заболеваний переднего отрезка глаза преимущественно воспалительного характера. В открытых первых глазных отделениях (Белово, Кемерово, Киселевск, Новокузнецк, Прокопьевск) врачи офтальмологи оказывали хирургическую помощь пациентам с катарактой, травмой глаз. К началу Великой Отечественной войны на территории области численность врачей-офтальмологов удвоилось, количество специализированных глазных коек возросло до 127, работало 110 трахоматозных пунктов.

В годы войны комплексные мероприятия по организации офтальмологической службы не проводились.

Послевоенный период характеризуется интенсивным освоением территорий и недр Кузбасса, дальнейшим техническим прогрессом во всех отраслях народного хозяйства и развитием системы здравоохранения, в том числе офтальмологической службы. Значительно улучшилось качество обследования и лечения больных в связи с созданием региональной системы подготовки кадров. В 1951 г. в Сталинске (Новокузнецке) был открыт Институт усовершенствования врачей. Под руководством заведующей кафедрой глазных болезней профессора О. И. Шершевской на КМК была развернута большая работа по профилактике и лечению глазного травматизма [3]. С 1963 г. врачи офтальмологи

совместно с сотрудниками кафедры глазных болезней в цехах комбината начали проводить систематические профилактические осмотры рабочих с целью выявления ранних стадий глаукомы и других заболеваний глаз, диспансерное наблюдение, рационализировали учет глазных травм, обязали рабочих носить защитные очки во время работы, добились улучшения освещения в основных цехах завода и санитарного состояния рабочих мест.

Росту кадров врачей-окулистов и их квалификации способствовало появление кафедры глазных болезней Кемеровского медицинского института (1961 г., заведующий кафедрой доцент М. А. Пеньков) [4].

Расширение коечного фонда в действующих глазных отделениях и открытие новых глазных отделений в городах Междуреченске (1961 г., 30 коек), Киселевске (1961 г., 40 коек), Осинниках (1961 г., 40 коек), Юрге (1966 г., 30 коек) явилось необходимостью, вследствие роста численности населения и промышленного производства на территории области. В 1965 г. в Кузбассе работало 16 глазных отделений на 545 коек, 116 глазных кабинетов, 4 глаукоматозных кабинета и 2 кабинета ортоптического лечения косоглазия, офтальмологическая служба была укомплектована 151 врачом-окулистом. Нарращивание кадрового и инфраструктурного потенциала продолжалось до начала 1990-х гг.

Профилактика слепоты от глаукомы, глазного травматизма, внедрение микрохирургических методов в офтальмохирургию стали основными направлениями деятельности офтальмологической службы в послевоенный период. В 1962 г. были созданы первые глазные кабинеты в детских поликлиниках, открыт кабинет охраны зрения детей. Работа по охране зрения детей проводилась в тесном взаимодействии с органами народного образования: создание правильных условий для зрительной работы в школах, открытие специализированных садов и санатория для лечения косоглазия, летних лагерей для детей с нарушениями зрения. В целом для детей с патологией органа зрения было развернуто на

территории области 15 детских садов на 1370 мест, ортоптический санаторий на 50 мест, 50 мест в школах-интернатах. Обеспечивалась профессиональная преемственность, формировались традиции и престиж специальности.

Устойчивое и всестороннее развитие государственной системы оказания офтальмологической помощи населению Кузбасса достигнуто планомерными организационно-штатными мероприятиями в послевоенный период. Формирование службы представляло собой системный, комплексный и поступательный процесс, было обеспечено подготовкой, привлечением и мотивацией высоко квалифицированных кадров (принципы формирования компетенций и профессиональных особенностей личности используются в современном высшем образовании [5, 6]), развитием профилактической работы и ранней диагностики на поликлиническом уровне, увеличением коечного фонда и материально-техническим оснащением. Высокий уровень современного состояния офтальмологической службы Кузбасса — это самоотверженная работа талантливых людей (врачей, медицинских сестер, фельдшеров) разных поколений, возраста и должностей. Благодаря созданию эффективной государственной организационной структуры и методической базы за короткий исторический период достигнуто высокое качество оказания специализированной офтальмологической помощи и ее доступность всем группам населения.

Список источников

1. 85 лет офтальмологической службе Кузбасса / под ред. И. С. Янец, А. В. Гончаренко, И. А. Зининой-Бермес. – Кемерово: ГБУЗ КОКБ, «СК Медиа», 2015. – 172 с.
2. Шураев А. Ф. Переписка с В. М. Песковым // Огни Кузбасса. – 2014. – Март-апрель (№ 2). – С. 158-160.
3. Шураев А. Ф. Офтальмология – моя судьба и жизнь: биография (Автобиография). – Кемерово, 2019. – 64 с.

4. Офтальмология в лицах, событиях, очерках /сост. Н. С. Ярцева, Е. Э. Луцевич. – Москва: Апрель, 2014. – 424 с.

5. Басова Г. Г., Громакина Е. В., Гончаренко В. А. Формирование личности в вузе // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения: материалы XIV научно-методической конференции с международным участием (Кемерово, 28 декабря 2022 г.). – Кемерово: КемГМУ, 2022. – С. 262-268.

6. Басова Г. Г., Громакина Е. В., Гончаренко В. А. Преимущества компетентного подхода в обучении // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения: материалы XII Межрегиональной научно-методической конференции (Кемерово, 23 декабря 2020 г.). – Кемерово: КемГМУ, 2020. – С. 26-30.

ГОНЧАРЕНКО В. А., ГРОМАКИНА Е. В.,
БАСОВА Г. Г., ГОНЧАРЕНКО А. В.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ВЫСОКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТРАХОМЫ В КУЗБАССЕ

Аннотация. Рассмотрены основные этапы развития системы медицинской помощи населению Кузбасса в период высокой распространенности трахомы. Организационные формы оказания специализированной помощи, комплексный подход к реализации мероприятий по ликвидации трахомы в регионе создали основу для дальнейшего развития офтальмологической службы и представляют собой пример эффективного проектного управления, имеющий потенциал для масштабирования в условиях интенсивного развития народного хозяйства и производительных сил.

Ключевые слова: трахома, офтальмология, Кузбасс, организация медицинской помощи населению

GONCHARENKO V.A., GROMAKINA E.V.,
BASOVA G.G., GONCHARENKO A.V.

FEATURES OF THE OPHTHALMIC MEDICAL CARE DURING THE PERIOD OF HIGH TRACHOMA PREVALENCE IN KUZBASS

Abstract. The main stages of the development of the medical care management system for the population of Kuzbass during period of high prevalence of trachoma are considered. Organizational forms of specialized assistance, an integrated approach to the implementation of measures to eliminate trachoma in the region have created the basis for the further development of the ophthalmic service and are an example of effective project management, which has the potential to scale up in the context of intensive development of the economy and productive forces.

Keywords: Trachoma, ophthalmology, Kuzbass, medical care management for the population

До середины 1960-х гг. в структуре заболеваемости и причин утраты зрительных функций в Сибири, как и на всей территории России, преобладала трахома – антропонозное хроническое инфекционное заболевание глаз, вызываемое *Chlamydia trachomatis* и характеризующееся поражением конъюнктивы и роговицы вследствие размножения возбудителя в клетках эпителия с исходом в рубцово-спаечный процесс, приводящий к слепоте. Перенос возбудителя инфекции происходил преимущественно контактным путем. Основными источниками инфекции в очагах трахомы были больные активными формами заболевания. Большое значение в распространении инфекции имели условия жизни населения и уровень его санитарной культуры [1, 2].

Основную роль в организации медицинской помощи населению России в дореволюционный период играли земские органы и общественные организации. Содействие оказывали также санитарные комитеты и комиссии общественного здоровья, больницы городских управ. Весомый вклад в оказание помощи больным с патологией органа зрения принадлежит благотворительному учреждению «Попечительство о слепых императрицы Марии Александровны». По его инициативе создавались специальные глазные отряды [3, 4]. Благодаря этим отрядам жители отдаленных районов могли получить квалифицированную помощь. Однако для эффективной борьбы с заболеваниями этого было явно недостаточно.

На территории Кузнецкого края в дореволюционный период врачебная офтальмологическая помощь населению не оказывалась или ограничивалась редкими эпизодами работы летучих глазных отрядов в наиболее пораженных трахомой населенных пунктах [5]. Выездную работу организовывали сотрудники кафедры глазных болезней медицинского факультета Императорского Томского университета за счет средств «Попечительства о слепых императрицы Марии Александровны». С 1894 по 1910 г. в Кузбассе работало 6 таких отрядов, которые возглавляли врачи-офтальмологи. В городах Мариинске и Кузнецке, селах Борисово, Тисуль, Верхотомское и Бачаты было охвачено консультативной и лечебной помощью более 3700 больных и сделано более 800 операций по поводу осложнений трахомы на веках [5]. Деятельность отрядов не могла избавить население от основных недостатков в оказании специализированной медицинской помощи того времени, в числе которых можно назвать низкий охват населения, случайный, несистематический характер оказания медицинской помощи, отсутствие профилактической работы. Поэтому, несмотря на значительный вклад выездной формы работы в профилактику распространения трахомы и лечение данной патологии, для врачебного сообщества было очевидно, что без со-

здания стационарной сети и обеспечения ее квалифицированными кадрами проблемы оказания специализированной медицинской помощи в полной мере решить не представляется возможным [6].

Для борьбы с трахомой на территории Кузбасса стали открывать противотрахоматозные учреждения. В 1939 г. работало 2 детских трахоматозных больницы – в г. Прокопьевск на 70 коек и в г. Белово на 65 коек. Оперативная активность глазных отделений преимущественно складывалась из операций по поводу трахомы: экспрессия трахоматозных фолликулов. Дополнительно в 1940 г. был открыт врачебный трахоматозный пункт в поселке Трудармейский. В связи с неблагоприятной обстановкой в Ижморском районе по заболеваемости трахомой в 1938 г. в ряде населенных пунктов – Теплой речке, Симбирке, Святославке, Летяжке, Почитанке, Нижегородке были созданы трахоматозные пункты. На территории региона было организовано 60 фельдшерских и сестринских трахоматозных пунктов. Основной объем работы по выявлению больных в ходе подворовых осмотров обеспечивался молодыми, преданными долгу медицинскими сестрами и фельдшерами. В 1941 г. существовало 110 трахоматозных пунктов [5].

Великая Отечественная война приостановила развитие здравоохранения Кузбасса, однако, борьба с трахомой продолжалась. Так, в 1942 г. было развернуто 6 врачебных трахоматозных пунктов в Беловском, Прокопьевском, Таштагольском, Тисульском, Яшкинском районах. В 1950 г. в Ижморской районной больнице был открыт трахоматозный пункт [5]. После окончания войны в Промышленновском районе было зафиксировано до 1,5 тысяч больных трахомой, что требовало действенных организационных мер.

Большой вклад в ликвидацию трахомы в области внесли врачи А. Ф. Шураев и С. П. Стальмаков, работавшие в составе выездных офтальмологических бригад. Ими были организованы

подворно-поголовные осмотры всего населения, осмотры рабочих предприятий и шахт. В 1952 г. в г. Кемерово трахоматозный кабинет был преобразован в областной трахоматозный диспансер со стационаром на 20 коек. Лечение в зависимости от формы, стадии и степени тяжести трахомы проводилось в условиях стационара, в отдельных случаях обеспечивалось лечение без отрыва от работы в здравпунктах. Для сельских детей организовывались детские лагеря для лечения трахомы [5].

В результате комплекса организационных и медицинских мер заболеваемость трахомой уменьшилась. Например, если в 1948 г. в Прокопьевске было зафиксировано 265 случаев трахомы, то в 1959 г. – всего 54, причем только 2 случая диагностированы в активной стадии.

Учитывая важность проблемы заболеваемости трахомой был издан Приказ Минздрава РСФСР от 18.01.1957 г. и принято решение облисполкома № 525 от 15.07. 1957 г. по борьбе с трахомой. Появилась трахоматозная больница на 50 коек областного подчинения.

К 1962 г. удалось ликвидировать трахому как массовое заболевание. Количество больных с контагиозными формами трахомы снизилось с 14,7 тыс. в 1951 г. – до 311 человек, а в 1966 г. – полностью освободить население региона от данной патологии [5].

Таким образом, в Кузбассе до середины 1960-х гг. был высокий уровень распространенности трахомы как контагиозной инвалидизирующей офтальмопатологии, ликвидация которой была обеспечена комплексом системных мер и поэтапной их реализацией, включая подготовку и мотивацию кадров, организацию выездной работы, развитие первичной медико-санитарной и стационарной помощи, увеличение коечного фонда, что свидетельствует об отношении к сохранению здоровья и работоспособности граждан как к важной государственной задаче в период ин-

тенсивного развития региона. Воспитание личности врача на основе полученного опыта, профессиональных традиций и компетентностного подхода сохраняет свою актуальность [7, 8].

Список источников

1. Чирковский В. В. Трахома. – Ленинград-Москва: ОГИЗ, 1935. – 236 с.
2. Chandler R. Dawson, Julius Schachter. Trachoma // Tropical Infectious Diseases: Principles, Pathogens and Practice (Third Edition) / SECTION II: PATHOGENS PART C: Chlamydial Infections CHAPTER 46, 2011. – P. 308-313. URL: <https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-3935-5.00046-X> (дата обращения: 10.02.2024).
3. Гогель С. К. Объединение и взаимодействие частной и общественной благотворительности. – Санкт-Петербург, 1908. – 237 с.
4. Заблудовский П. Е. Медицина в России в период капитализма. Развитие гигиены. Вопросы общественной медицины. – Москва: Медгиз, 1956. – 150 с.
5. 85 лет офтальмологической службе Кузбасса / под ред. И. С. Янец, А. В. Гончаренко, И. А. Зининой-Бермес. – Кемерово: ГБУЗ КОКБ, «СК Медиа», 2015. – 172 с.
6. Морозова И. И. Деятельность государственных и общественных организаций Российской империи по созданию системы социальной и медицинской помощи людям, страдающим заболеваниями органов зрения и слуха: на примере Томской губернии второй половины XIX – начала XX веков: специальность 07.00.02 – Отечественная история: дисс. на соискание ученой степени кандидата исторических наук. – Москва, 2011. – 288 с.
7. Басова Г. Г., Громакина Е. В., Гончаренко В. А. Формирование личности в вузе // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения: материалы XIV научно-методической конференции с международным участием

(Кемерово, 28 декабря 2022 г.). – Кемерово: КемГМУ, 2022. – С. 262-268.

8. Басова Г. Г., Громакина Е. В., Гончаренко В. А. Преимущества компетентного подхода в обучении // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения: материалы XII Межрегиональной научно-методической конференции (Кемерово, 23 декабря 2020 г.). – Кемерово: КемГМУ, 2020. – С. 26-30.

ГОРБУШИНА А. А.

О ПОРЯДКЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ПЕРМСКОЙ ГУБЕРНИИ В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВВ.

Аннотация. В статье рассматривается история развития судебно-медицинской практики в Пермской губернии в период конца XIX – начала XX в. Раскрываются усилия медицинского сообщества в борьбе за признание своей роли в проведении судебно-медицинской экспертизы и защиты профессиональных интересов. Статья также рассматривает изменения в законодательстве и практике судебно-медицинской экспертизы в указанный исторический период и их влияние на профессиональное развитие медицинских кадров.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, история медицины, история земств

GORBUSHINA A. A.

ON THE PROCEDURE OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IN THE PERM PROVINCE IN THE LATE XIX– EARLY XX CENTURIES

Abstract. This article discusses the history of the development of forensic medical practice in the Perm Governorate during the late 19th and early 20th centuries. It reveals the efforts of the medical community in the struggle for recognition of their role in conducting forensic medical examinations and protecting professional interests. The article also examines changes in legislation and the practice of forensic medical expertise during this historical period and their influence on the professional development of medical personnel.

Keywords: forensic medical examination, history of medicine, history of zemstvos

Одной из наиболее неприятных обязанностей для земского врача по нескольким причинам было проведение судебно-медицинской экспертизы. Во-первых, она отнимала время и силы врача, отодвигая лечебную деятельность на второй план. А во-вторых, с психологической точки зрения экспертиза негативно сказывалась в целом на образе врача, предстающего в глазах населения в качестве «потрошителя» [1, с. 77]. Проводить вскрытия позволялось исключительно врачам. Как отмечает Т. Ю. Шестова в Пермской губернии судебно-медицинская экспертиза была отменена в конце XIX в. [1, с. 76]. Однако довольно часто встречаются сведения о том, что земские врачи все так же обязаны были проводить экспертизу и в первое десятилетие XX в. [2, с. 75]. Только в 1910 г. был введен иной порядок, по которому судебный следователь должен был обращаться исключительно к уездному врачу того уездного участка, где было совершено преступление, что освобождало земских врачей от проведения экспертизы [3, с. 85-87]. Но на удивление, принятие данного закона вызвало неоднозначную реакцию в среде земских врачей. Некоторые, посчитав решение властей обоснованным, высказывали мнение о том, что судебная медицина «совершенно особая область..., ее мотивы уже не земские, а совершенно иные» [4, с. 278]. Другие врачи придерживались точки зрения, согласно кото-

рой освобождение земских врачей от судебно-медицинских обязанностей уводило их с пути общественности, поскольку данная экспертиза являлась не только актом участия в деле государственного правосудия, но прежде всего актом предоставления медико-юридической помощи населению. Восстановление прав для больного подчас было важнее, нежели лечение его телесных ран. Отказ пациентам в экспертизе и юридическом совете расценивался как предательство идеалов народной медицины. В итоге, данное постановление в 1912 г. было отменено, и судебно-медицинская экспертиза вернулась в ведение земских врачей [2, с. 87].

К судебно-медицинским освидетельствованиям принадлежали освидетельствование сумасшедших, гражданских чиновников, их жен и детей, освидетельствование отставных генералов, штаб и обер-офицеров, классных чиновников военного ведомства, претендующих на пенсии из государственного казначейства по причинам тяжелых болезней и увечий, судебно-медицинские исследования в уголовных делах, освидетельствование арестантов относительно способности их к работам, освидетельствование больных ссыльных [5, с. 7-8].

Порядок, которому должны были подчиняться судебные следователи, при избрании эксперта для исследования телесных повреждений или вскрытия мертвых тел был приведен в Уставе уголовного судопроизводства 1892 г. [2, с. 86]. Так по ст. 336 данного устава судебные следователи должны были приглашать судебного врача, обязанности которого в силу ст. 337 того же устава «возлагались в уездах – на уездного, а в городах на городского или полицейского врача». Таким образом, в каждом уезде и городе имелся врач, на котором лежали обязанности судебного и, к которому в надлежащих случаях должен был обращаться судебный следователь. Поводом к изменению данного порядка могла служить только болезнь судебного врача или другая уважительная причина. В таких случаях судебному следователю следовало приглашать «всякого другого военного, гражданского или вольнопрактикующего врача [5, с. 98].

Неоднозначно обстояли дела в отношении прав женщин-врачей проводить судебно-медицинскую экспертизу. Бывший судебный следователь в Сиве на свой запрос Пермскому врачебному отделению о правах земских врачей женщин производить судебно-медицинскую экспертизу получил утвердительный ответ, на основании которого он вызывал ближайших врачей женщин. Новый же судебный следователь посчитал мнение Пермского врачебного отделения для себя необязательным, руководствуясь мнением прокуратуры Пермского окружного суда, стоявшей на том, что законом врачам женского пола прав на судебно-медицинскую экспертизу не предоставлено. На этом основании следователь вызывал не ближайших участковых врачей, а врачей из отдаленных участков. Позднее Пермская прокуратура несколько изменила свою точку зрения, разрешив следователю вызывать женщин на судебно-медицинское освидетельствование, оставляя право на производство судебно-медицинских вскрытий только за врачами мужчинами. Несмотря на негативное отношение многих врачей к судебно-медицинской экспертизе, женщин-врачей Пермской губернии не устроил данный порядок, при котором их лишали каких-либо прав, предоставленных им законом, даже если эти права были малопривлекательными [2, с. 75]. В примечании 1902 г. к ст. 326 16 тома 1 части уголовного судопроизводства гласило, что женщины-врачи к судебно-медицинской экспертизе не допускаются, и только женщины-врачи, окончившие курс в Санкт-Петербургском женском медицинском институте, могут быть приглашены в качестве помощниц судебного врача при судебно-медицинском освидетельствовании женщин и детей [2, с. 75]. В 1906 г. данное примечание было изменено и в нем уже содержалось следующее: «Удовлетворительно окончившие курс женского медицинского института получают диплом на звание лекаря со всеми предоставленными званием правами на медицинскую деятельность и службу, кроме прав по чинопроизводству. Лица эти освобождаются от исполнения обязанностей врача в присутствиях по воинской повинности» [2, с. 75]. Ссылаясь на

последнюю редакцию уголовного судопроизводства, врачи женщины Пермской губернии настаивали на своем праве производить судебно-медицинские экспертизы в полном объеме. Однако, по их мнению, оптимальным решением было бы нанять специального врача, в ведении которого были бы только судебные освидетельствования.

Набор инструментов для судебно-медицинской экспертизы был утвержден Министерством внутренних дел 11 мая 1898 г. [6, л. 1]. Производились такие наборы фирмой Е. С. Трындына. Стоимость полного набора, состоящего из 50 наименований, составляла 111 руб. 69 коп. Все судебные медики должны были быть обеспечены такими наборами из средств казны.

Подводя итог, следует сказать, что борьба медиков за возможность проводить судебно-медицинскую экспертизу в Пермской губернии в конце XIX – начале XX в. свидетельствует о постоянных усилиях медицинского сообщества в борьбе за признание не только их роли в проведении судебно-медицинских экспертиз, но и защите профессиональных интересов. Рассматриваемый период отражает изменения в законодательстве и практике судебно-медицинской экспертизы и их влияние на профессиональное развитие медицинского персонала. Эта борьба также свидетельствует о стремлении медиков к улучшению стандартов проведения экспертиз, что в конечном итоге привело к повышению значимости и качества судебно-медицинской практики в регионе.

Список источников

1. Шестова Т. Ю. Развитие здравоохранения уральских губерний (Пермской, Вятской, Оренбургской) 1864 – 1900. – Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2003. – 375 с.

2. Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. – Пермь, 1912. – №4-6.

3. Циркуляр МВД от 16 декабря № 63 // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. – Пермь, 1912. – №4-6.

4. В защиту судебной медицины // Общественный врач. – 1913. – №3. – С. 277-280.

5. Устав врачебный // Свод законов Российской империи. Т. 13. Кн. 1. Учреждения врачебные. О предметах по судебной медицине. – Санкт-Петербург, 1892. – 341 с.

6. Государственный архив Пермского края (ГАПК). – Ф. 143. – Оп. 1. – Д. 1159.

ГРОМАКИНА Е. В., БАСОВА Г. Г.,
ГОНЧАРЕНКО А. В., ГОНЧАРЕНКО В. А.

ВКЛАД ПЕДАГОГОВ ОФТАЛЬМОЛОГОВ В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КУЗБАССА

Аннотация. Организационные и научные достижения офтальмологической службы тесно связаны с деятельностью преподавателей кафедры офтальмологии Кемеровского государственного медицинского университета. Ликвидация трахомы на территории Кемеровской области, оригинальные аппараты, инструменты, способы для диагностики и хирургии офтальмопатологии разрабатывались и внедрялись в практику при активном участии сотрудников кафедры на протяжении более полувековой истории ее существования. Со студенческой скамьи через студенческий научный кружок, затем ординатуру, и усовершенствование врачей педагоги кафедры выполняли роль учителя.

Ключевые слова: кафедра офтальмологии, практическое здравоохранение

GROMAKINA E. V., BASOVA G. G.,
GONCHARENKO A.V., GONCHARENKO V. A.

THE CONTRIBUTION OF OPHTHALMOLOGIST TEACHERS TO PRACTICAL HEALTHCARE OF KUZBASS

Abstract. The organizational and scientific achievements of the ophthalmological service are closely related to the activities of teachers of the Department of Ophthalmology of Kemerovo State Medical University. The elimination of trachoma in the Kemerovo region, original devices, instruments, methods for the diagnosis and surgery of ophthalmopathology were developed and put into practice with the active participation of the department's employees over more than half a century of its existence. Assisting the initial stage of the scientific student's activity, progressing residency, then as the postgraduate, and advanced training of doctors, the educators of the department played the role of a tutors.

Keywords: department of ophthalmology, practical healthcare

С первых дней организации кафедры офтальмологии на базе Кемеровского медицинского института в 1961 г. во главе с М. И. Пеньковым и по настоящее время все сотрудники трудятся на ниве практического здравоохранения в качестве организаторов здравоохранения, врачей-офтальмологов, хирургов, изобретателей, экспертов. Каждый преподаватель кафедры – это сплав теоретического и практического интеллекта, что и является непобедимой силой движения офтальмологии вперед в Кузбассе.

В организацию офтальмологической помощи неоценимый вклад внес ассистент кафедры А. Ф. Шураев. Исполняя обязанности на протяжении 10 лет внештатного главного офтальмолога облздравотдела, он стоял во главе трудной борьбы с трахомой, а после ее ликвидации положил основы работы по профилактике слепоты от глаукомы, по организации детской офтальмологической службы в области, по профилактике глазного травматизма,

организации глазного протезирования и контактной коррекции зрения. С именем А. Ф. Шураева тесно связано проектирование и строительство областной офтальмологической больницы. В соответствии с Постановлением Совета Министров РСФСР от 12.09.1972 г. № 523 в г. Кемерово началось строительство областной офтальмологической больницы. По окончанию строительства получено разрешение Министерства здравоохранения РСФСР от 26.06.1985 г. № 32Т-12-464 об открытии областной офтальмологической больницы.

Согласно приказу отдела здравоохранения Кемеровского облисполкома № 381 в ноябре 1985 г. в г. Кемерово состоялось торжественное открытие областной офтальмологической больницы I категории на 300 коек и прием первых больных. Активное участие в строительстве и открытии нового лечебного учреждения области принимало Всероссийское общество слепых (ВОС) под председательством И. О. Ворошилова.

Больница объединила три офтальмологических учреждения г. Кемерово: областной противотрахоматозный диспансер с отделением на 40 коек; глазное отделение областной клинической больницы на 60 коек и отделение городской больницы № 2 Кировского района на 50 коек. Кафедра глазных болезней медицинского института получила в новом здании больницы отличную клиническую базу, просторные помещения для проведения занятий со студентами.

С первых дней образования кафедры офтальмологии в Кузбассе действует региональное отделение Всероссийского научного общества офтальмологов (первый председатель научного общества – профессор В. И. Кобзева, с 2014 г. – профессор Е. В. Громакина). Программа и темы докладов на заседаниях научного общества офтальмологов г. Кемерово посвящаются актуальным вопросам офтальмологии – профилактике, реабилитации и реадaptации лиц с травмами глаз, глаукомой, офтальмоонкологией, сосудистой патологией органа зрения, детской глазной

патологией с целью обновления и усовершенствования знаний врачей-офтальмологов области [1, 2].

Несомненным лидером в офтальмохирургии для практических врачей долгие годы была профессор В. И. Кобзева. Виртуозное исполнение хирургических вмешательств разнопланового характера всегда вызывало восхищение.

Ювелирно и красиво выполнить кератопротезирование, кератопластику, как «подковать блоху», мог своего рода левша-умелец профессор Ю. Ф. Хатминский. Под его руководством целый «отряд» врачей-офтальмологов овладели операцией и до настоящего времени выполняют кератопластику, возвращая зрение даже в самых безнадежных случаях.

Огромная диагностическая, профилактическая и просветительская работа проведена при активном участии сотрудников кафедры в рамках областной целевой программы «Доступное зрение» – «Профилактика близорукости у детей» в 2011–2016 гг. [3, 4]. Треть учеников общеобразовательных школ г. Кемерово, входивших в группу риска по миопии, удалось вернуть в категорию практически здоровых.

Под руководством д.м.н., профессора Е. В. Громакиной в Кемеровской области была организована и успешно функционирует офтальмологическая помощь недоношенным детям с открытием в 2011 г. первых перинатальных центров на территории области [5].

С диагностической, терапевтической, хирургической деятельностью неразрывно связаны научные достижения большого коллектива кафедры, включая преподавателей, аспирантов, ординаторов.

На протяжении более полувековой истории существования кафедры, разработаны и применяются на практике: шлюз для операций на глазу, с помощью которого можно вскрыть полость глаза без опасности потери его содержимого.

Созданы инструменты для глазной хирургии, в том числе «поющий трепан», применяя который врач слышит, как погружается в ткань лезвие инструмента и момент вскрытия глаза; способ декомпрессии глаза позволяющий избежать опасности осложнений в глазной хирургии; сконструировано две новые модели искусственного хрусталика; создан новый глазной магнит; разработан оригинальный способ лечения дальнозоркости. Широко известно устройство для лечения пчеложаливанием «Апидекс».

Совместно с сотрудниками ЦНИЛ завода «Карболит» преподавателями кафедры разработаны ГЛИВы – глазные ионнообменные вкладыши для лечения химических ожогов глаз и патологии глазной поверхности вирусной этиологии.

Для лечения бактериальных поражений переднего отрезка глаза разработаны и используют электрохимически активизированные растворы (ЭХАР).

Операция супрацилиарное пломбирование гомотканями при контузионном отрыве радужки и цилиарного тела успешно устраняет гипотонический синдром и предотвращает гибель глаза в тех случаях, когда общепринятые операции оказываются неэффективными. Оригинальный способ атравматического удаления хрусталика на воздушном подпоре; трехкончатая глубокая склерэктомия при бесперспективных формах вторичных глауком; способ закрытия фистулы фильтрационной подушки; гидравлическое разделение плоскостных иридохрусталиковых спаек, стежково-петлистый шов на глазовдвигательные мышцы и теноизмерительный фиксатор-измеритель при устранении косоглазия, стереопсис как способ восстановления бинокулярного зрения.

Для ранней диагностики глаукомы в офтальмологических отделениях городов России (Москва, Казань, Самара, Хабаровск) используется компрессионная проба на водяных венах (проба А. И. Колотковой, 1967). Методика опубликована в зарубежной литературе (Копенгаген, 1972) и положительно отмечена за рубе-

жом. Гонископическая локализация шлеммова канала, проведенная совместно с академиком А. П. Нестеровым используется, как одно из звеньев патогенеза открыто- и закрытоугольной глаукомы (1973).

Научный потенциал кафедры не угасает по сегодняшний день.

На кафедре защищены четыре докторские диссертации:

1963 г. – М. А. Пеньков «Тринитротолуоловая катаракта, особенности клиники и профилактика»;

1972 г. – Ю. Ф. Хатминский «Послойная пересадка роговицы, ее сочетание с другими видами кератопластик и методы ее усовершенствования»;

1974 г. – В. И. Кобзева «Клинико-патогенетическая характеристика факогенных увеитов»;

2002 г. – Е. В. Громакина «Патогенетические механизмы несогласия у детей при перинатальной патологии головного мозга».

В целом сотрудниками кафедры, аспирантами и соискателями под руководством профессоров кафедры защищено 23 кандидатских диссертаций.

Кафедра на протяжении многих лет занимает лидирующее место в КемГМУ по изобретательству. Активную позицию в этой области занимал профессор Ю. Ф. Хатминский [6]. Он был постоянным председателем БРИЗ Кемеровского медицинского института и руководителем секции медицины областного Совета ВОИР. Ю. Ф. Хатминский являлся бессменным ответственным редактором сборников изобретений и рацпредложений КГМИ. Помимо активной рационализаторской работы он сам был примером исследователя - новатора. Им открыт полупроводниковый эффект роговицы глаза. Он автор более 40 авторских свидетельств на изобретения и патентов. Традиции изобретательства успешно подхвачены и продолжаются профессором Е. В. Громакиной. За годы существования кафедры офтальмологии сотрудниками опубликовано более 760 научных работ в региональной,

центральной и зарубежной печати. Разработано более 70 патентов и 30 рацпредложений [6].

Сотрудники кафедры большую роль оказывают и в подготовке офтальмологических кадров через студенческое научное общество, клиническую ординатуру. В клинике учится молодое поколение ординаторов и аспирантов. Наша задача не только вырастить хороших специалистов, но и привить им вкус к творчеству и научной работе.

Список источников

1. Актуальные вопросы офтальмологии: тезисы докладов конференции, посвященной 60-летию Кемеровской области, 25 – 28 февраля 2003 г. / Кемеровская государственная медицинская академия, Кемеровская государственная клиническая офтальмологическая больница. – Кемерово, 2003. – 158 с.

2. Актуальные вопросы офтальмологии: материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию ГУЗ «Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница» / Кемеровская государственная медицинская академия, Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница ГБУЗ КО; под ред. Е. В. Громакиной. – Кемерово, 2010. – 227 с.

3. Акимова В. «Доступное зрение» в Кузбассе // Медицинская газета. – 2010. – 11 июня (№ 43). – С. 1.

4. Акимова, В. Предупредить близорукость! // Медицинская газета. – 2014. – 10 янв. (№ 1). – С. 6.

5. Акимова В. Ретинопатию лечим у себя // Медицинская газета. – 2014. – 4 июля (№ 48). – С. 6.

6. Хатминский Ю. Ф. Научная работа в ГУЗ Кемеровской областной клинической офтальмологической больнице (изобретательство и патенты) / Ю. Ф. Хатминский, И. С. Янец // Актуальные вопросы офтальмологии: материалы научно-практиче-

ской конференции, посвященной 25-летию ГУЗ Кемеровской областной клинической офтальмологической больницы. – Кемерово, 2010. – С. 13-15.

ГУБАНОВА И. В., МОСКАЛЕВА Е. П., БАТАЕВА Е. П.

**ДЕТСКИЙ ВРАЧ
ЕЛИЗАВЕТА ПАВЛОВНА ЧЕТВЕРТАКОВА:
СЛУЖЕНИЕ ПРОФЕССИИ И ЛЮДЯМ**

*Нам не дано предугадать.
Как слово наше отзовется, –
И нам сочувствие дается.
Как нам дается благодать.*

Ф. И. Тютчев

Аннотация. В статье описывается трудовая, научная и педагогическая деятельность д.м.н, профессора Е. П. Четвертаковой, прошедшей профессиональный путь от участкового педиатра до заведующей кафедры детских болезней Читинского государственного медицинского института. Описываются основные проблемы и задачи, стоящие перед службой охраны материнства и детства и вклад в их решение Елизаветы Павловны – одного из организаторов практического здравоохранения и медицинского образования Забайкалья, стоявшей у истоков формирования научной школы педиатрии в крае.

Ключевые слова: охрана материнства и детства, детская смертность, врачебные кадры, медицинское образование, педиатрия

GUBANOVA I. V., MOSKALEVA E. P., BATAEVA E. P.

**CHILDREN'S DOCTOR
ELIZAVETA PAVLOVNA CHETVERTAKOVA:
SERVING THE PROFESSION AND PEOPLE**

Abstract. The article describes the labor, scientific and pedagogical activities of Doctor of Medical Sciences, Professor E. P. Chetvertakova, who has passed the professional path from a district pediatrician to the head of the Department of Pediatric Diseases of the Chita State Medical Institute. The main problems and tasks facing the maternity and childhood protection service and the contribution of Elizabeth Pavlovna, one of the organizers of practical healthcare and medical education in Transbaikalia, who was at the origins of the formation of the scientific school of pediatrics in the region, are described.

Keywords: maternal and child health, child mortality, medical personnel, medical education, pediatrics

Имя Елизаветы Петровны Четвертаковой занимает почетное место в списке выдающихся педиатров Забайкалья. Такие яркие и неординарные личности оставляют заметный след в профессии, которой посвящают свою жизнь и обладают способностью менять жизни людей, с которыми соприкасаются в качестве коллег, наставников. Профессия же детского врача, как в случае Елизаветы Павловны, значительно расширяет этот круг соприкосновения – ведь именно педиатр является человеком, который влияет на судьбу ребенка, его семьи. От верного или ошибочного диагноза, вовремя оказанного внимания или безразличия к здоровью ребенка лечащего врача без преувеличения зависит во многом будущее человека.

Елизавета Павловна Четвертакова – человек своего времени, своего поколения, яркий представитель советской педиатрии. Она, как многие ее современники и коллеги, была способна

на самоотверженность, безграничную погруженность в профессию и высокое осознание врачебного долга. Сила характера – вот, что отличало ее с детских лет, ведь нужно обладать целеустремленностью и настойчивостью, чтобы после окончания читинского фельдшерско-акушерского техникума, уехать далеко от дома для осуществления заветной цели – поступления в медицинский институт г. Томска, успешно окончить его и поступить в аспирантуру, несмотря на серьезные трудности в стране. С началом Великой Отечественной войны Елизавета Павловна была мобилизована в ряды Красной армии в связи с нехваткой медицинских кадров. В качестве военного врача она поступила на службу в читинский травматологический госпиталь, куда с фронта привозили раненых. В ноябре 1941 г., в связи с эпидемией кори в Чите, руководство областного отдела здравоохранения настояло на том, чтобы лучшие педиатры, в том числе и Е. П. Четвертакова, были демобилизованы и переведены из госпиталей в детские лечебные учреждения. В конце декабря того же года Елизавета Павловна принята на должность участкового педиатра городской поликлиники Центрального района [1].

Уровень здравоохранения в городе и до начала войны был далек от должного. Проблемами первостепенной важности, на которые указывали руководители медицинской службы города, являлись: непригодность, перегруженность и плачевное состояние помещений больниц и поликлиник, недостаточное питание в больницах, огромные очереди в поликлиниках, плохое обслуживание вызовов вследствие нехватки транспорта и т.д. Но сложнее всего было с врачебными кадрами: катастрофически не хватало врачей. Так, по данным читинского городского архива, в 1940 г. вместо запланированных по штату 152 врачей работало 73, из них 51 – по совместительству, особенно остро не хватало врачей педиатров. В 1941 г. в городе с быстро растущим населением (с 1937 по 1940 г. прирост составил 41 тыс. человек и численность горожан стала более 121 тыс. человек) работало всего 3

педиатра, при штатной норме 16 [2]. Такое положение стало одной из основных причин роста показателей детской смертности в области.

С началом Великой Отечественной войны ситуация ухудшилась, и все медицинские учреждения города начали работать с особенной нагрузкой. Многие медсестры и врачи мобилизовались в армию. Только в Чите действовало 25 госпиталей, для которых потребовались доктора [3]. Если другие регионы страны могли решать кадровые проблемы за счет эвакуированных врачей, то в Чите, из-за удаленности от районов ведения боевых действий практически не было эвакуированных – она считалась глубоким тылом. За исключением небольшого количества специалистов, направленных в читинские эвакогоспиталия из соседних регионов, кадровые проблемы решались за счет, и без того небогатых, собственных ресурсов. Одновременно резко ухудшилось санитарное состояние населения, в связи с чем резко возросло количество больных, в том числе и детей. Две детские больницы уже не смогли справляться с госпитализацией пациентов с инфекционными заболеваниями (скарлатина, гемоколит, корь) [4]. Участились заболевания алиментарной дистрофией и педикулезом, других болезней вследствие плохого питания, особенно малышей раннего возраста. Выросла и детская смертность: на 1000 родившихся детей умирало до 100 детей.

Как правило, возникавшие проблемы решались за счет самоотверженности, чувства ответственности сотрудников больниц и поликлиник. Не хватало врачей – работали сверхурочно, прием длился с раннего утра до позднего вечера; не было дров для отопления – выезжали на заготовку дров; не было продуктов питания для больных – практически каждая больница держала свое подсобное хозяйство. Для обслуживания вызовов и патронажей в самых отдаленных районах поликлиники предоставляли повозку с лошастью, но чаще всего участковый врач добирался к пациенту самостоятельно. Старожилы города вспоминают, что в

1940-е гг. практически невозможно было пользоваться городскими автобусами из-за малого их количества, в основном передвигались по городу пешком. Между тем Чита военного времени – город с немощеными и не асфальтированными улочками и переулками, с целыми кварталами, застроенными бараками с повышенной скученностью населения – в среднем на одного жителя города приходится 3 кв м. жилья.

В ведении поликлиники Центрального района находилось все детское население Читы за исключением Черновского района. В эту нелегкую работу включилась, со свойственными ей энергией, трудоспособностью и энтузиазмом, Е. П. Четвертакова. Совместными усилиями врачам и среднему медицинскому персоналу удалось не только прекратить рост заболеваемости детей, но и добиться их снижения по сравнению с довоенными показателями. Так в 1943 г. по сравнению с 1940 г. среди детей в Чите снизился уровень частоты инфекций: корью – на 26%, дизентерией – на 20%, скарлатиной – на 20%, что явилось результатом огромной профилактической работы. В плане противоэпидемических мероприятий в условиях военной обстановки основными разделами стали: профилактика сыпного тифа, резкое снижение желудочно-кишечных заболеваний, особенно дизентерии, резкое снижение летальности, особенно от кори и токсической диспепсии [2].

Врачи активно контролировали санитарное состояние учреждений своего участка, участвовали в осмотрах детей в школах, детских садах, яслях, проводилась разъяснительная работа среди населения, особенно с родителями. Остро существовали проблемы соблюдения элементарных норм гигиены и санитарии, а также выполнения планов профилактических прививок. Разъяснительные беседы проводились в лечебных учреждениях, школах, на дому, в общежитиях, яслях и т.д. По данным отчета за 1945 г. медперсоналом поликлиники были произведены: в поликлинике 671 беседа, в школах – 291, в детских садах – 31 [5]. Из-за невоз-

возможности выполнения такого объема работы, в помощь участковому педиатру создавалась система санитарных дружин, которые контролировались участковыми врачами, что заставляло каждому из них становиться и организатором, и просветителем, и педагогом. Участковый педиатр Е. П. Четвертакова очень хорошо справлялась со своей работой, обладая всеми необходимыми качествами: дотошность, требовательность к себе и окружающим, инициативность, коммуникабельность, убедительность, одновременно тактичность, способность понимать и сострадать.

Примечательно, что Елизавета Павловна, несмотря на загруженность, работу в напряженном темпе, находила время заниматься наукой. С 1943 по 1945 г. ею была выполнена научная работа: «Анализ патоморфологической характеристики дизентерии у детей». Подготовленное, с использованием обширных клинических наблюдений, исследование, безусловно, имело большое практическое значение и актуальность, поскольку именно борьба с дизентерией у детей явилась одной из важнейших задач для педиатров и эпидемиологов города в то время [6].

В 1943 г. Е. П. Четвертакова назначена заведующей детской поликлиникой Центрального района, а в 1946 г. – главным врачом детской больницы Центрального района [7]. В 1949 г. Совет министров СССР принял постановление «Об упорядочении сети и установлении единой номенклатуры учреждений здравоохранения», на основании которого детская поликлиника № 2, детская поликлиника Центрального района, детская консультация и молочная кухня [2] соединились в детское объединение № 2 во главе с Е. П. Четвертаковой. На тот период это было крупнейшее детское учреждение в г. Чита и Читинской области, выполняющее также функции методического центра для усовершенствования врачей-педиатров. Одновременно с работой в нем Елизавета Павловна вела занятия по педиатрии в медицинском училище.

Со временем положение в детском здравоохранении Читы улучшилось, но оставалась краеугольная проблема – кадровый вопрос. В. Н. Лесков, работающий заведующим отделом кадров

Читинского отдела здравоохранения с 1952 г., вспоминал: «Положение с медицинскими кадрами тогда было очень тяжелым. Врачей, медсестер не хватало практически в каждом лечебном заведении Читы и области. Главный врач детской больницы, тогда еще совсем молодая Елизавета Павловна Четвертакова приходила к нам в отдел кадров, кричала на нас, плакала, умоляла нас направить в больницу детских врачей: ей не с кем было лечить детей. А что мы могли сделать? Врачей не было и не предвиделось. Иркутский и другие медицинские институты присылали нам специалистов, но это была капля в море» [5].

Проблема требовала кардинального решения. Отдел облздрава и местный Обкомом партии направили ходатайство в Москву об открытии в Чите медицинского института. В результате, решением Совета министров СССР от 3 июля 1953 г. и приказом Министерства здравоохранения РСФСР от 11 июля 1953 г. был основан Читинский государственный медицинский институт (ЧГМИ). 3 октября 1953 г. в институте начались занятия у первого набора студентов. Еще до принятия решения об открытии института, в облздравоотделе начали составлять списки желающих поступить в новый вуз. Сложнее всего было с профессорско-преподавательским составом. Только такое уникальное государство как Советский Союз могло решить кадровый вопрос с формированием коллектива так стремительно и так качественно. Со всей огромной страны сюда съехались представители различных научных медицинских школ. В 1957 г. приехала из Ростова и первая заведующая кафедрой детских болезней Ф. З. Державец. Фрида Зиновьевна, организовав кафедру детских болезней и отработав один учебный год, вернулась в Ростовский медицинский институт, оставив кафедру в надежных руках Е. П. Четвертаковой, принятой к тому времени совместителем на должность ассистента кафедры [1].

В 1959 г. Елизаветой Павловной успешно защищена кандидатская диссертация «Ревматизм у детей Восточного Забайкалья». В 1960 г., после присвоения научного звания доцента, она

была переведена из городской больницы в ЧГМИ и стала исполняющим обязанности заведующей кафедры детских болезней, а в 1963 г. избрана заведующей кафедрой детских болезней ЧГМИ.

Е. П. Четвертакова активно включилась в преподавательскую, научную, воспитательную деятельность молодого учебного заведения. На протяжении долгого времени коллектив кафедры под ее руководством, являлся единственным в городе и области научно-педагогическим центром по педиатрии, уделял особое внимание актуальным вопросам практического детского здравоохранения и повышению квалификации забайкальских педиатров. Профессор Четвертакова стала одним из организаторов регионального отделения научного общества педиатров и возглавляла отделение и цикловую методическую комиссию на протяжении многих лет.

Однако несмотря на все усилия, основная, можно сказать хроническая, проблема забайкальского здравоохранения – детская смертность оставалась выше средних показателей по Советскому Союзу. Жизненно важным стоял вопрос о наполнении лечебных и профилактических детских учреждений педиатрами. Открытие ЧГМИ в 1953 г. не решило кардинальным образом кадрового вопроса, так как в первые годы своей работы вуз выпускал врачей общей практики и с 1958 г. стоматологов. В 1979 г. по инициативе Е. П. Четвертаковой, ректора ЧГМИ, профессора В. Н. Иванова, доцента, будущего декана педиатрического факультета А. В. Серкина в медицинском институте был открыт педиатрический факультет. Елизавета Павловна стала одним из организаторов его работы. При ее непосредственном участии прошли обучение не одно поколение педиатров.

Все ученики Елизаветы Павловны вспоминали лекции и занятия, проводимые ею, с огромной эрудицией, постоянным обращением к своему личному богатому клиническому опыту, необыкновенно эмоционально, остроумно и артистично. Студенты всегда с уважением и любовью относились к профессору, ведь она умела привлечь внимание даже самых нерадивых учащихся

медиков, заражая их своей любовью к профессии [4]. В своей педагогической деятельности всегда делала акцент на связь с практическим здравоохранением, неустанно напоминая и руководству, и коллегам о том, что высшее медицинское образование должно быть в курсе запросов и проблем лечебных учреждений, чтобы преломлять их в теоретическом обучении. На протяжении ряда лет Елизавета Павловна являлась председателем комиссии по оптимизации учебного процесса ЧГМИ и много усилий приложила для повышения качества образования. Будучи исследователем и ученым по складу своего ума, она активно вовлекала в научные изыскания студентов, постоянно настаивая на улучшении материально-технической базы для развития студенческой науки в целом.

Изучая заболевания сердца и суставов у детей в условиях Забайкалья, она создала проблемное направление в краевой патологии. В 1970 –1980-е гг. активно участвовала в научных исследованиях, проводимых коллективом ЧГМИ на БАМе, курируя это направление в течение длительного времени. Елизавета Павловна активно и деятельно пропагандировала грудное вскармливание, называя «каждую каплю материнского молока залогом будущего здоровья ребенка» и призывая будущих педиатров уделять этому должное внимание [1].

В 1967 г. Елизавета Павловна успешно защитила докторскую диссертацию на тему «Клиника урзовской болезни у детей» и стала первым профессором педиатром в г. Чите. Ею опубликовано более 200 научных работ, осуществлено научное руководство над 12 кандидатскими диссертациями. Ее ученики возглавляют в настоящее время научные подразделения Читинской государственной медицинской академии, работают в практическом здравоохранении. Без всякого преувеличения можно назвать ее одним из основателей педиатрической научной школы. Как высококвалифицированный врач-педиатр, эрудированный педагог и ученый с разносторонними научными интересами Е. П. Четвертакова пользовалась заслуженным уважением коллег не только в

Забайкалье, но и за его пределами, входила в состав специализированного совета по защите кандидатских диссертаций по специальности педиатрия при Хабаровском медицинском институте [8].

На протяжении всей своей педагогической и научной деятельности Елизавета Павловна не прекращала и работу в практическом здравоохранении, регулярно проводя тематические разборы больных, выступая на городских и областных семинарах педиатров, возглавляя врачебные консилиумы. Коллеги, работавшие с Елизаветой Павловной в практическом здравоохранении, отмечали ее как клинициста «старой» классической школы, зачастую ей достаточно было взглянуть на больного, чтобы предположить диагноз, а дополнительные исследования и наблюдения ребенка почти всегда подтверждали его. Такие результаты возможны только у настоящего врача, обладающего клиническим опытом, природной наблюдательностью и живым умом [4].

В напутствии выпускникам педиатрического факультета она писала: «Любовь к ребенку, матери должна быть верным спутником детского врача». Сама Елизавета Петровна, консультируя больных, всегда демонстрировала элементы этики, деонтологии, внимания к больному ребенку и его родителям, беседа с которыми отличалась обстоятельностью и вдумчивостью. Не меньше времени уходило и на клиническое обследование пациента.

Елизавета Павловна, проработав около 30 лет заведующей кафедрой детских болезней, ушла с руководящей должности, но продолжала работать на кафедре госпитальной педиатрии, руководила научно-исследовательской работой клинических ординаторов и аспирантов. За многолетний труд она награждена орденом Трудового Красного Знамени, медалями «За доблестный труд в годы Великой Отечественной войны», «За трудовое отличие», значком «Отличнику здравоохранения», почетными грамотами и другими наградами. В честь 20-летнего юбилея ЧГМИ профессор Четвертакова занесена в книгу Почета института [1].

«Как слово наше отзовется...» – эту фразу из стихотворения Ф. И. Тютчева обычно упоминают, как призыв быть осторожнее со словом, которое может и оживить, и глубоко ранить. И слово, и дело педиатра имеет большое значение в жизни маленького человека. Какова же сила слова и дела того, кто не только сам выбрал профессию детского врача, но и взял на себя огромную ответственность готовить тех, кто тоже будет лечить детей? Влияние такого человека на людей и обстоятельства их жизни возрастает в математической прогрессии. Это не ремесло, не работа – это может быть только служением. Таким служением, определяющим все остальное, и была наполнена жизнь Елизаветы Павловны. Доктор медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней ЧГМА О. Г. Максимова вспоминала о Е. П. Четвертаковой: «Ее знали все врачи, родители, дети и родственники детей г. Читы, многих районов Забайкалья». Неиссякаемые трудоспособность, энтузиазм, энергия, глубокие профессиональные знания, богатейший опыт клинициста с неизменным пиететом и благодарностью отмечались всеми, с кем сталкивала жизнь и профессия Елизавету Павловну.

Елизавета Павловна в своей профессиональной деятельности сумела дать ответ вызовам своего времени: при ее непосредственном участии были решены проблема высокой детской смертности, кадровые вопросы, организована подготовка и повышение квалификации детских врачей, создана научная школа педиатрии в крае. С 1970-х гг. и по недавнее время забайкальская медицина переживала свой золотой век. Как всегда, это не особо осознавалось в «моменте», но, как говорится, все познается в сравнении. Всякому поколению есть свои испытания, и время всегда готовит новые проблемы, взамен решенным. Диплом выпускника педиатрического факультета Читинской государственной медицинской академии имеет в профессиональном сообществе существенный вес и достоинство. С другой стороны, социально-экономическая обстановка в крае и условия работы пе-

диатров оставляют желать лучшего и не дают возможности предполагать, что положение вот-вот начнет меняться к лучшему. Многие выпускники и стажированные врачи стараются решать свои проблемы за счет переезда в более перспективные регионы нашей страны – история циклична. Теперь перед руководством забайкальского здравоохранения вновь встала проблема кадрового голода. Как справятся со своими задачами те, кто пришел на смену врачам, организаторам практического здравоохранения, высшего медицинского образования советского времени? Будем надеяться, что зерна, посеянные в суровую землю нашего края такими апостолами своего дела как Елизавета Павловна Четвертакова, дали и будут давать здоровые и жизнеспособные всходы!

Список источников

1. Погодаева Г. И. Четвертакова Е. П. – 100 лет со дня рождения врача-педиатра, кандидата медицинских наук, профессора ЧГМА (1914–2005) // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2014 год: научно-популярная литература. – Чита, 2014. – С. 194-197.
2. Чита в годы Великой Отечественной войны: сборник статей, документов и фотодокументов / под ред. В. И. Мерцалова. – Чита: Экспресс-издательство, 2015. – 520 с.
3. Малая энциклопедия Забайкалья. Здравоохранение и медицина: энциклопедия / гл. ред. Р. Ф. Гениатулин. – Новосибирск: Наука, 2011. – 630 с.
4. Максимова О. Г. Елизавета Павловна Четвертакова – детский врач, педагог, ученый, профессор ЧГМА // Забайкальский медицинский вестник. – 2005. – № 2. – С. 13-14.
5. Лесков В. Н. Истоки: к 30-летию ЧГМИ // Медик Забайкалья. – 1978. – № 2. – С. 2.
6. Цуприк Р. И. Детской городской клинической поликлинике № 3 Центрального района Читы 75 лет // Календарь знаме-

нательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2004 год: научно-популярная литература. – Чита, 2004. – С. 106-109.

7. Серкин А.В. 80 лет со дня рождения д.м.н., профессора Е. П. Четвертаковой // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 1994 год: научно-популярная литература. – Чита, 1994. – С. 96-97.

8. Четвертакова Елизавета Павловна (к 100-летию со дня рождения) // Забайкальский медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 83-85.

ГУКИНА Л. В.

ВРАЧ ИЗ СИБИРИ Ф. Г. УГЛОВ – ПРИМЕР ЖИЗНЕННОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

Аннотация. В статье рассматриваются факты из биографии Федора Григорьевича Углова, изучается путь профессионального становления врача, его врачебная, научная, педагогическая, общественная и писательская деятельность. Отмечается значимость обращения педагогов к замечательной личности врача–хирурга при обучении и воспитательной работе со студентами медицинского вуза.

Ключевые слова: Федор Григорьевич Углов, жизненные принципы, профессиональное долголетие, личностные качества врача, воспитание

GUKINA L.V.

DOCTOR FROM SIBERIA F. G. UGLOV – AN EXAMPLE OF LIFE AND PROFESSIONAL LONGEVITY

Abstract. The article examines the facts of the biography of Fyodor Grigorievich Uglov and studies the path of professional development of a doctor, his medical, scientific, pedagogic, social and literary activities. The importance of the university teachers' appeal to the remarkable personality of the surgeon in the learning process and educational work with medical university students is noted.

Keywords: Fedor Grigorievich Uglov, life principles, professional longevity, personal qualities of a doctor, education

Обращение к страницам истории отечественной медицины, изучение биографии и профессиональной деятельности отдельных ее замечательных представителей, является существенной опорой для педагогов разных дисциплин в осуществлении учебной и воспитательной работы с обучающимися медицинского вуза. Знакомство будущих врачей с личностью Федора Григорьевича Углова – знаменитого врача–хирурга из Сибири, позволяет студентам понять многое о выбранной ими профессии, а также задуматься о значимости личностных качеств врача.

Понимание значимости личности Федора Григорьевича Углова для отечественной медицины возникает из его краткого представления в литературных источниках как советского и российского хирурга, доктора медицинских наук, профессора, академика Академии медицинских наук СССР, главного редактора журнала «Вестник хирургии имени И. И. Грекова, общественного деятеля, писателя, члена союза писателей России. Далее, как правило, дается информация о том, что Федор Григорьевич Углов провел десять тысяч операций, был занесен в Книгу рекордов Гиннеса, как старейший в мире хирург, который свою последнюю операцию провел на сотом году жизни. Только эти краткие данные могут побудить сегодняшних студентов – завтрашних врачей, попытаться узнать и понять, какие личностные качества обеспечили успешное профессиональное долголетие врача.

История жизненного пути Федора Григорьевича Углова охватывает несколько исторических периодов развития нашей

страны. Сам Федор Григорьевич обозначил этот путь в названии одной из своих книг «Воспоминание русского хирурга. Одна революция и две войны» [1]. Ф. Г. Углов родился в Российской империи – 22 сентября 1904 г. в деревне Чугуево Киренского уезда Иркутской области на величавой сибирской реке Лене. В семье Угловых было шестеро детей, все они ходили в школу и в дальнейшем получили высшее образование. Главные нравственные качества Федора, такие как доброта к окружающим и высокая требовательность к себе, были сформированы семьей, внутренней культурой родителей, их деятельными примерами и наставлениями. Так, в течение всей жизни Федор Григорьевич помнил и стремился следовать совету матери стараться делать добро и не ждать от людей немедленной благодарности [2].

Федор закончил семилетнюю школу уже при советской власти, которая активно призывала деревенских юношей и девушек ехать учиться в город. Федор, как и многие односельчане, отправился на учебу в техникум, выбрав профессию учителя. Проучившись совсем недолго, он понял, что ошибся в выборе профессии, а когда признался в этом родителям, получил поддержку отца и поехал за тысячу километров от родной деревни в Иркутск поступать в медицинский институт. На втором курсе он захотел посмотреть Ленинград, и эта поездка принесла ему много тяжелых испытаний. Федор Григорьевич заболел тифом брюшным и сыпным, с сепсисом и осложнениями. Восстановление было чрезвычайно долгим. Остаться в живых ему помогла однокурсница – в будущем врач–гинеколог и его супруга, которая сделала все, чтобы выходить своего коллегу. На пятом курсе Ф. Г. Углов переехал в Саратов и там в 1929 г. завершил свое медицинское образование. Первым назначением выпускника стала должность участкового врача в селе Кисловка Нижневолжского края, затем работал в селе Отобая в Абхазии и в больнице имени Мечникова в Ленинграде. После интернатуры Ф. Г. Углов возвратился в Сибирь и работал в Киренске главным врачом и заведующим хирургическим отделением межрайонной больницы водников. Следуя

совету профессора В. А. Оппеля «при обходе мыслить вслух», он постоянно обращал внимание медсестер на санитарное состояние помещений и обозначал задачи. Сибирская хирургическая практика стала для Ф. Г. Углова хорошей школой, было много пациентов разных возрастов, с разными диагнозами и сложностью. Ф. Г. Углов проявлял сочувствие к больным, переживал за них, применял лучшие подходы в лечении, стремился оперировать с минимальной травматичностью для пациента [2].

В 1937 г. Ф. Г. Углов снова отправился в Ленинград, поступил в аспирантуру Ленинградского государственного медицинского института усовершенствования врачей и защитил кандидатскую диссертацию. В период советско-финляндской войны Ф. Г. Углов служил старшим хирургом медсанбата на Финском фронте. Оперировал во время налетов при недостаточном освещении, на пронизывающем холоде, спасая десятки человеческих жизней. В 1930-х гг. уже шла молва о золотых руках хирурга Углова, невероятных методиках и успешных исходах его операций. Его даже сравнивали с бароном Мюнхгаузеном. В Великую Отечественную войну он пережил блокаду Ленинграда, ежедневно выходил на дежурства, работал хирургом, начальником хирургического отдела одного из госпиталей города и выжил благодаря тому, что, замещая директора госпиталя в течение месяца должен был снимать крошечную пробу еды для больных на госпитальной кухне.

Достижения Ф. Г. Углова в области хирургии велики. Одним из первых в стране он успешно выполнил сложнейшие операции на пищеводе, средостении, при портальной гипертензии, аденоме поджелудочной железы, при заболеваниях легких, врожденных и приобретенных пороках сердца, аневризме аорты. 8 апреля 1946 г. впервые в СССР удачно провел операцию по удалению двух долей правого легкого. Первым в мире, при операции на сердце, придумал новый разрез, который позволяет не удалять грудную стенку, защищающую сердце, а только временно ее откинуть, чтобы обнажить сердце. В 1981 – 1982 гг. стал

автором изобретения «Искусственный клапан сердца и способ его изготовления». Ф. Г. Углов обладал уникальной хирургической техникой, получившей высокую оценку многих известных хирургов мира, а знаменитый американский кардиохирург Майкл Эллис Дебейки считал его национальным достоянием нашей страны и сравнивал его заслуги в хирургии с достижениями страны в покорении космоса.

Хирургическую практику Ф. Г. Углов совмещал с научной и педагогической работой. Список его научных трудов внушительен. Он стал замечательным педагогом для студентов Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова, где работал в должности профессора кафедры госпитальной хирургии и проводил обходы и консультации хирургических больных, занятия со студентами и молодыми хирургами, выполнял операции, многие из которых считаются уникальными и сегодня. Монографии, написанные Ф. Г. Угловым, стали для студентов и врачей источником высоко востребованных профессиональных знаний и руководством в освоении лучших хирургических практик. Отметим, что при обучении будущих врачей иностранному языку медицины в вузе особую ценность представляют научные статьи, учебные издания, словари, справочники, написанные или составленные отечественными или зарубежными авторами – врачами [3, 4]. Также в рамках дисциплины «иностраный язык» есть уникальная возможность поговорить об американском кардиохирурге Майкле Дебейки, прочитав о нем текст или статью на английском языке, и обсудить вклад русского врача Ф. Г. Углова в мировую кардиохирургию.

Ф. Г. Углов активно начал заниматься общественной деятельностью еще до Великой Отечественной войны. Он вел непримиримую борьбу за трезвость в стране: читал лекции, активно выступал за отказ от употребления алкоголя и табака. Совет профессора В. А. Оппеля «мыслить вслух» вылился и в публицистическое творчество талантливого врача. В 1974 г. в свет вышла

первая книга Ф. Г. Углова «Сердце хирурга», основанная на автобиографических фактах. В предисловии редакторов последующих изданий книги она представляется как лучший медицинский роман XX в., написанный задолго до появления интереса к медицинским сериалам и книгам. Это реальный дневник хирурга, в котором правда все – от первого до последнего слова. Повествование начинается с блокадного Ленинграда, где Федор Углов и начал работать в больнице. Захватывающее описание операций, сложных случаев, загадочных диагнозов – все это преподносится как триллер с элементами детектива [5]. В 1978 г. читатели увидели еще одну книгу «Человек среди людей (записки врача)», а в 1983 г. вышла в свет книга Ф. Г. Углова в соавторстве с Дроздовым И. В. «Живём ли мы свой век» [6, 7]. Целая серия книг была посвящена борьбе за спасение людей от алкогольного и наркотического зла: «В плену иллюзий», «Самоубийцы», «Ломехузы», «Капкан для России», «Человеку мало века», «Правда и ложь о разрешенных наркотиках». Он рассказывал читателям о действии спиртного и табачного дыма на важнейшие внутренние органы – мозг, сердце, легкие, органы желудочно-кишечного тракта, подкрепляя тезисы примерами из своей врачебной практики. Ф. Г. Углов был убежденно привержен здоровому образу жизни. Это было заложено в нем с раннего детства, когда дети, рожденные в Сибири, бегали босиком по снегу, обливались ледяной водой и при этом не болели простудой. Он много работал, занимался спортом, любил природу, с добром относился к людям и старался помнить о них только хорошее. Все это и обеспечило его жизненное и профессиональное долголетие. Перед своим столетним юбилеем Ф. Г. Углов провел операцию под видеозапись в присутствии представителей «Книги рекордов Гиннесса» и был занесен в нее как самый старейший практикующий хирург в мире.

В своих книгах врач сформулировал 12 основных жизненных принципов:

Люби Родину. И защищай ее. Безродные долго не живут.

Люби работу. И физическую тоже.

Умей владеть собой. Не падай духом ни при каких обстоятельствах.

Никогда не пей и не кури, иначе бесполезны будут все остальные рекомендации.

Люби свою семью. Умей отвечать за нее.

Сохрани свой нормальный вес, чего бы тебе это не стоило. Не передай!

Будь осторожен на дороге. Сегодня это одно из самых опасных для жизни мест.

Не бойся вовремя пойти к врачу.

Избавь своих детей от разрушающей здоровье музыки.

Режим труда и отдыха заложен в самой основе работы своего тела. Люби свое тело, щади его.

Индивидуальное бессмертие недостижимо, но продолжительность твоей жизни во многом зависит от тебя самого.

Делай добро. Зло, к сожалению, само получится [8].

По сути, эти двенадцать принципов раскрывают секрет успешного жизненного и профессионального долголетия Федора Григорьевича Углова. Будущие и уже практикующие врачи, равно как и читатели, равнодушные к своему здоровью, могут воспользоваться советами и мудростями врача–хирурга, ученого, педагога, писателя, поскольку его жизненный и профессиональный опыт является неоспоримым примером. В медицинском вузе каждый из данных принципов может стать темой дискуссии или беседы педагогов со студентами.

Принцип деятельного добра, которому следовал замечательный врач, воплощается в Сибири и сегодня. Его именем названа передвижная клиника–поезд «Академик Федор Углов», которая добирается до самых глухих уголков Иркутской области, Бурятии, Забайкалья, Якутии, давая возможность жителям маленьких городков, деревень и сёл пройти диагностику на современном оборудовании и получить лечение.

В заключение отметим, что при формировании личностных качеств будущих врачей и их профессиональных навыков значительной опорой для педагогов в учебной и воспитательной работе становится жизненный и профессиональный опыт замечательных врачей, внесших существенный вклад в развитие отечественной медицины. Знакомство будущих врачей с личностью Федора Григорьевича Углова – знаменитого и уникального врача–хирурга из Сибири, чтение его книг, стремление вникнуть в мудрость его жизненных и профессиональных советов, несомненно, позволит студентам понять многое о выбранной ими профессии, а также задуматься о значимости личностных качеств врача.

Список источников

1. Биография хирурга Федора Углова. URL: <https://kratkoebio.ru/fedor-uglov/> (дата обращения 02.02.2024).
2. Фирсова Т. Ю. Знаменитый хирург из Сибири. URL: <https://dzen.ru/a/Y8jhBzaNfhDX6R43> (дата обращения 02.02.2024).
3. Гукина Л. В. Значимость аутентичности и практико-ориентированности учебных изданий для изучения английского языка медицины // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2022. – Т.3. №1. – С. 45-52.
4. Гукина Л. В., Хонина И. А. Роль практико-ориентированного переводного англо-русского медицинского энциклопедического словаря в обучении будущих врачей английскому языку медицины // Современные технологии обучения иностранному языку: теоретические и прикладные вопросы лингвообразования. – Кемерово, 2021. – С. 96-103.
5. Углов Ф. Г. Сердце хирурга. URL: <https://knijky.ru/books/serdce-hirurg> (дата обращения: 06.02.2024).
6. Углов Ф. Г. Человек среди людей (записки врача). – Москва: «Молодая гвардия», 1978. – 272 с.

7. Углов Ф. Г., Дроздов И. В. Живём ли мы свой век. – Москва: «Молодая гвардия», 1983. – 240 с.

8. Федор Углов. Советы столетнего хирурга. URL: <https://knijky.ru/books/sovety-stoletnego-hirurga> (дата обращения: 02.02.2024).

ЕЛИЗАРОВ Е. С.

ПОКАЗАТЕЛИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСКОЕ ДЕЛО»

Аннотация. В статье приводятся данные об уровне показателях профессиональной направленности, смысложизненных ориентаций и соответствия студентов, обучающихся по специальности «акушерское дело» значению целевых показателей проективной методики профессиональные ситуации в работе акушеров.

Ключевые слова: профессиональная направленность, профессиональная деятельность, смысложизненные ориентации, акушерство

ELIZAROV E. S.

INDICATORS OF MEANING AND LIFE ORIENTATIONS IN STUDENTS STUDYING IN THE SPECIALITY OF «MIDWIFERY»

Abstract. The article presents data on the level indicators of professional orientation, sense-life orientations and compliance of students studying in the speciality «midwifery» to the value of target indicators of the projective methodology of professional situations in the work of midwives.

Keywords: professional orientation, professional activity, meaning and life orientations, midwifery

Профессиональная направленность студентов является важнейшим фактором, оказывающим значительное влияние на их учебную, а затем и профессиональную деятельность. Изучение профессиональной направленности у медицинских работников, специализирующихся в акушерском деле, является крайне необходимым, поскольку влияет на изначальный выбор профессии, успешность последующего освоения программ профессионального и дополнительного образования, будущую профессиональную деятельность. Это определяет качество и характер оказываемой медицинской помощи, что в свою очередь, влияет на продолжительность и качество жизни пациентов. Кроме того, профессиональная направленность напрямую связана с самореализацией, профессиональным выгоранием и профессиональным самосовершенствованием медицинских работников. Однако в настоящее время не существует работ в области изучения профессиональной направленности студентов, обучающихся по специальности «акушерское дело» [1].

Поэтому мы постарались определить показатели смысложизненных ориентаций, а также других показателей, отражающих ценностное отношение к выбранной профессии студентов, обучающихся по специальности «акушерское дело».

В исследовании приняли участие 154 студента первого, второго и третьего курсов обучения ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж» и КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж», обучающихся по специальности 31.02.02 «акушерское дело», возраст от 17 до 43 лет, средний возраст 20 лет.

Для исследования нами были использованы следующие методики: тест-опросник для определения уровня профессиональной направленности (УПН) студентов Т. Д. Дубовицкой [2], тест

смыслоразнозначных ориентаций (СЖО) Д. А. Леонтьева [3] в новой структурной интерпретации Е. Н. Осина, Н. В. Кошелевой [4], собственная проективная методика профессиональные ситуации в работе акушеров (ПСРА) [1], а также социально-демографические анкетные вопросы.

Уровень профессиональной направленности исследованной группы студентов демонстрирует снижение к окончанию обучения с 14 баллов первый год обучения, до 13 баллов во втором и третьем годах обучения (табл. №1), что является средним показателем по тесту-опроснику (УПН), и указывает на то, что студенты второго и третьего курсов имеют некоторый интерес к своей будущей профессии, но не является полностью преданными ей. Они относительно мотивированы, но не до такой степени, чтобы считать свою профессию делом своей жизни. У студентов могут складываться личные знакомства в данной профессиональной области, но их количество ограничено, а общение не является частым и плотным. В свободное время студенты могут заниматься делами, связанными с будущей профессией, но не на постоянной основе. Студенты этой группы рассматривать свою будущую профессию, скорее, как средство заработка, но не испытывают сильного желания совершенствоваться и развиваться в ней.

Таб. №1. Уровневые показатели студентов специальности «акушерское дело» по использованным методикам

курс	УПН	ПСРА	процесс	цели	результат	локус контроля	общий показатель
I	14	65	26	29	21	22	109
II	13	66	25	28	19	21	104
III	13	74	26	29	21	23	110

Результаты прохождения исследуемыми проективной методики (ПСРА) демонстрируют увеличение показателей к окончанию обучения с 65% в первый год обучения, до 66% и 75% во втором и третьем годах обучения соответственно (табл. №1), что позволяет отнести студентов всех трех курсов специальности «акушерское дело» к промежуточной («проживающие») группе. Их мировоззрение и взгляды зависят от того, какая ситуация сложилась на их рабочем месте. Они хорошие исполнители, но скорее подчиняются общим тенденциям, чем выступают в роли лидеров. Эта группа является самой многочисленной. Если условия благоприятны (например, есть профессиональное образование, наставничество и поддержка коллег), они могут преуспеть и перейти в первую группу – тех, кто полностью предан своей профессии. Если им не повезло, они могут оказаться в третьей группе – тех, кто исполняет свою работу, но не стремится к успеху. Уровень профессиональной направленности в этой группе чаще всего средний, то есть их профессиональные навыки продуктивные, имеются осознанные и прочные относительно системные знания. Их мотивы к профессии так же относительно стабильны. Чаще всего они придерживаются либерального стиля педагогического общения медицинского работника, который отличается отсутствием желания работать индивидуально с пациентом, чтобы повысить его вовлеченность и соблюдение рекомендаций, чаще проявляя равнодушие к его потребностям и проблемам, что приводит к нестабильности взаимодействия с ним.

Студенты всех трех курсов показали высокие результаты по субшкале «цели» теста смысложизненные ориентации (табл. №1). Это свидетельствует о том, что у них есть ясные и направленные на будущее цели, которые придают их жизни смысл и определенное направление. Однако, исходя из показателей других субшкал – «процесс», «результат» и «локус контроля», имеющих средние значения, мы можем предположить, некоторую склонность студентов к прожектерству, поскольку их планы и цели в данный момент не подкреплены ни прошлыми успехами,

ни полным удовлетворением от настоящей жизни, ни осознанием возможностей управления своей жизнью. В данном случае, студенты могут столкнуться с разочарованием от отсутствия реализации своих целей и планов в будущем.

По субшкале «процесс» теста смысложизненные ориентации (табл. №1) студенты всех трех курсов набрали средние баллы. Что указывает на некоторую степень их удовлетворенности текущей жизнью, воспринимаемую ими как умеренно интересную и умеренно эмоционально насыщенную. Возможно, что в их жизни есть некоторые области и аспекты, которые вызывают неудовлетворение или не приносят достаточного удовольствия. Исходя из высоких показателей по субшкале «цели», можем предположить, что смысл жизни они могут находить в целях и планах на будущее.

По субшкале «результат» теста смысложизненные ориентации (табл. №1) студенты всех трех курсов набрали средние баллы. Это указывает на некоторую степень удовлетворенности самореализацией и результативностью своей жизни. Люди с такими показателями оценивают пройденный отрезок жизни как умеренно продуктивный и осмысленный. Они чувствуют, что достигли определенных целей и достижений, и это придает им некое удовлетворение и смысл. Однако, возможно, у них есть некоторые области или аспекты жизни, в которых они не чувствуют такой же удовлетворенности или результативности.

По субшкале «локус контроля – я» теста смысложизненные ориентации (табл. №1) студенты всех трех курсов набрали средние баллы. Это указывает на некоторую степень уверенности в своей способности управлять собственной жизнью. Они верят в то, что имеют определенную свободу выбора и контроля над ситуацией, чтобы жить в соответствии с представлениями о смысле жизни ее целями, и убеждены в возможности в какой-то степени определять свое настоящее и/или будущее посредством принимаемых решений.

По субшкале «общий показатель» теста смысложизненные ориентации (табл. №1) студенты третьего курса набрали высокие баллы. Это отражает их общее ощущение осмысленности своей жизни, наличия ясных целей и ценностей, которые ее определяют. Такие люди не испытывают сожалений своей деятельности, поскольку считают ее соответствующей ее смысловым ориентациям.

Уровень профессиональной направленности студентов, обучающихся по специальности «акушерское дело», к второму и третьему курсам опускается на 1 балл и демонстрирует средние значения. В то же самое время, уровень соответствия студентов «целевой» группе (ПСРА) к третьему курсу растет, и несмотря на то, что его в полной мере не достигает, студенты всех трех курсов относятся к «промежуточной» группе, таким образом, мы можем сделать вывод о их номинальной готовности к будущей профессиональной деятельности. Совместная интерпретация вышеуказанных данных и результатов тест-опросника смысложизненные ориентации говорят о том, что большинство студентов специальности акушерское дело в полной мере не удовлетворены текущей деятельностью и не связывают свою будущую самореализацию и самовыражение с получаемой профессией. Акушерская практика не является для них смыслом жизни, а воспринимается лишь как средство для достижения иных, отличных от профессиональных, жизненных целей и удовлетворения иных жизненных потребностей (жизнеобеспечение, принадлежность к группе, признание и проч.).

Таким образом, мы можем предположить, что в настоящее время образовательная деятельность по специальности «акушерское дело» позволяет подготовить компетентного специалиста, для которого, однако, сама профессия и профессиональная деятельность не является ценностью и средством самореализации. В дальнейшем необходимо изучение динамики уровня профессиональной направленности и факторов, ее определяющих, как в

среде студентов, так и в среде действующих медицинских работников, для разработки рекомендаций по совершенствованию образовательных программ среднего специального, высшего и дополнительного образования по специальности «акушерское дело».

Список источников

1. Елизаров Е. С. Апробация методики «Профессиональные ситуации в работе акушеров» // Актуальные проблемы развития образования на современном этапе : Материалы симпозиума XVIII (L) Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, приуроченной к 50-летию КемГУ, Кемерово, 20 апреля 2023 года / науч. редактор К. Н. Белогай. Том Выпуск 24. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2023. – С. 133-137.

2. Дубовицкая Т. Д. Диагностика уровня профессиональной направленности студентов // Психологическая наука и образование. – 2004. – № 2. – С. 82-86.

3. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. – Москва: Смысл, 2000. – 18 с.

4. Осин Е. Н., Кошелева Н. В. Тест смысложизненных ориентаций: новые данные о структуре и валидности // Вопросы психологии. – 2020. – № 6. – С. 150-163.

ЗВЯГИН С. П., КАЗАКОВА Л. Н.

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА А. А. ЗВЯГИНА (1926 – 1991)

Аннотация. Медицинская сестра – важный участник процесса оказания помощи пациенту. В статье предпринята попытка на примере конкретного человека показать профессиональную

деятельность и личную жизнь этого представителя медицинского персонала.

Ключевые слова: медицина, медицинская сестра, Прокопьевск, А. А. Звягина, семья, родственники

ZVYAGIN S. P., KAZAKOVA L. N.

NURSE A. A. ZVYAGINA (1926 – 1991)

Abstract. the nurse is an important participant in the process of providing patient care. The article makes an attempt, using the example of a specific person, to show the professional activities and personal life of this representative of the medical staff.

Keywords: medicine, nurse, Prokopyevsk, A. A. Zvyagina, family, relatives

Анна Антоновна Звягина родилась 7 октября 1926 г. в селе Савиново (ныне Тюкалинский район Омской области). Ее родители – Антон Андреевич Росляков (1876 – 1932) и Лукерья Степановна в девичестве Леденёва (1876 – 1951) в 1930 г. были раскулачены и с пятью детьми высланы в Нарым (ныне Томская область – авт.) [1]. Подобную процедуру раскулачивания эмоционально, но достоверно описала в своих воспоминаниях оперная певица, народная артистка СССР Г. П. Вишневская [2, с. 242]. По данным Всероссийской переписи населения 2010 г. в деревне Савиново Омской области жило всего 20 человек [3].

Спасая семью, дед сразу сумел завербоваться на строительство шахт в Кузбассе. За годы первой пятилетки (1928 – 1932) следовало возвести 23 новых и реконструировать 12 действующих шахты и добывать в год чуть более 8 млн т угля [4, с. 92]. Вскоре он умер в Прокопьевске от дизентерии. Его жена – моя бабушка работала техничкой в средней школе № 10, где учились мои родственники и я. Умерла она от туберкулеза легких [1].

В 1995 г. Александра Антоновна, оставшаяся одна из пяти детей А. А. и Л. С. Росляковых, обратилась в Государственный архив Омской области с вопросом о судьбе имущества ее родителей. В ответе архивных работников от 7 июня 1995 г. говорилось о том, что 17 марта 1930 г. заседали группа бедноты, ячейки ВКП (б) и ВЛКСМ. Их решение своим протоколом утвердило заседание «тройки» исполкома Тюкалинского района от 1 мая 1930 г. В документе пунктом № 5 значится Антон Андреевич Росляков. Его как кулака, эксплуатировавшего чужой труд и лишенного избирательных прав, решили выселить со всей семьей за пределы Тюкалинского района [5, л. 2-3].

Моих старших родственников обвиняли в том, что при наличии двух трудоспособных членов семьи они с 1925 г. систематически эксплуатировали наемный труд батраков [6, л. 1]. То, что в семье было пять детей, активистов не интересовало.

В справке информационного центра УВД Кемеровского областного исполнительного комитета народных депутатов № 1 / 32 – 3742 (дата отсутствует – авт.) сообщалось о том, что сведений об изъятии или конфискованном имуществе не имеется. Документов в архиве, послуживших основанием к выселению семьи, также не было. Справка была подготовлена на основании архивных дел № 9343 и №31046 [1]. Мама, как член семьи сосланных, была снята со специального учета в органах НКВД 17 февраля 1942 г. в соответствии с постановлением СНК СССР от 22 октября 1938 г. [1].

Итак, в семье Росляковых, кроме мамы, было четверо детей: Екатерина (1915 – 1973), в замужестве Солдатенко; Полина, в замужестве Усова (1919 – 1989); Александра (1924 – 2004) и Пётр (1928 – 1948).

Муж мамы и мой отец – Павел Ильич Звягин (1922 – 1989 гг.) был родом из Курской области. Речка Псёл, на которой он всю жизнь любил рыбачить, протекает там, где летом 1943 г. произошло Прохоровское танковое сражение. Две его сестры были

угнаны на работу в Германию. Вернулись домой после войны они так и не создали семьи, были бездетными, жили в одном домике.

Дед по отцу Илья Федорович Звягин (1893 – 1943) был участником Великой Отечественной войны. Служил рядовым 1245-го стрелкового полка 375-й стрелковой дивизии 23-го стрелкового корпуса 6-й Гвардейской армии Воронежского фронта. Умер И. Ф. Звягин 18 мая 1943 г. в госпитале своей же дивизии в Белгородской области от крупозного воспаления легких [7, с. 258]. Это произошло в год его 50-летия. Его вдова – моя бабушка Федосья Ивановна Звягина осталась с несколькими детьми разного возраста [1].

Сергей Павлович Звягин родился 24 мая 1959 г. в Прокопьевске Кемеровской области в семье подземного электрослесаря шахты № 5-6 и медицинской сестры. Его брат Виктор (1949 – 2007) – окончил геологоразведочный факультет Томского политехнического института. Работал в геологоразведочной партии в Тувинской АССР, инженером в КузНИУИ в Прокопьевске.

Что касается образования мамы, то я смутно помню разговоры о курсах медицинских сестер в Ленинск-Кузнецке. При подготовке этой статьи в домашнем архиве была обнаружена фотография. На ней изображены сотрудники здравпункта и поликлиники, среди которых А. А. Звягина. Известно, что снимок был сделан 12 августа 1946 г. в г. Кемерово [1]. Значит, маме тогда было полных 19 лет, и она работала в областном центре.

В трудовой книжке А. А. Звягиной только две записи о приеме на работу медицинской сестрой: сначала в детский дом, потом в городскую поликлинику № 2 (рис.1). Примечательно, что оба учреждения располагались через забор. Кстати, в трудовой книжке – только благодарности и поощрения. Их столько, что потребовался вкладыш.

Много лет она работала в кабинете № 4 (хирургическом). Ее коллегами были врач Зинаида Георгиевна и медицинская сестра Валентина Трухачёва. Мама и как человек, и как медицинская сестра была «зациклена» на чистоте. Много раз я наблюдал за

тем, как она в хирургическом кабинете поликлиники готовила инструмент к следующему дню. Тогда не было одноразовых инструментов. Ей приходилось сначала получать дистиллированную воду. Потом в автоклаве она проводила стерилизацию.



Рис. 1. Сотрудники поликлиники № 2. В первом ряду пятая слева А. А. Звягина

Дома она постоянно поддерживала чистоту. Мама часто говорила: «Как так, люди придут, а дома не прибрано». Особенно от нее «доставалось» деревянному тротуару в усадьбе. Она скребла его ножом с широким лезвием, терла теркой из металлической проволоки, только потом мыла.

По-моему, на улице с ней здоровались все. Среди них – пациенты ее поликлиники. Часто просили «талончик» на прием к врачу, мама не отказывала. Приходили за таблетками, советами [1].

Мое детство прошло в частном домике поселка «Березовая роща» Прокопьевска. Сохранилась его фотография [8, с. 87]. Дом был с печным отоплением. Когда не было в водопроводе воды, мама ходила на «колонку». Как сейчас помню ее идущую с коромыслом. У мамы был особый шаг при ходьбе с коромыслом и

двумя полными двенадцатилитровыми ведрами. Чтобы воду не расплескать, папа ей нарезал фанерных кружков в ведро. В нашем доме была только холодная вода. Если надо было мыть посуду или купать меня маленького, стирать, то мама грела воду на печи. Грязную воду мы выносили на помойку ведром. Туалет был на улице. Пока отец с братом не построили баню, то наша семья ходила мыться или к тете Кати, или в общественную баню на Парниковке. Мама так и не узнала, что такое – горячая вода из крана.

Что касается приусадебного участка, то мама долго переживала от того, что он маленький. Тем не менее, наша семья выращивала овощи, зелень. До сих пор помню вкус отцовских огурцов – он не повторим. Были малина, смородина, крыжовник. Постоянно держали поросенка. Откармливали его до ноябрьских праздников. Отец замечательно солил свиное сало и квасил капусту. Позже, родители при отъезде тети Поли к дочери на Украину, получили часть ее огорода.

Была ли мама верующей? Во всяком случае, я не знаю, чтобы она ходила в церковь, молилась или читала религиозные книги. Одно время в нашей прихожей в «красном» углу висели две скромные иконки из картона. Потом они «перекочевали» в платяной шкаф. Затем исчезли вовсе. Накануне Пасхи мама всегда проводила генеральную уборку в доме: белила стены, мыла окна, стирала оконные занавески и дверные шторы. Каждое начинание она сопровождала слова: «С Богом!». Когда мама умерла, мы ее отпевали в церкви. О том, был ли крещен я, мне не говорили ни мама, ни брат, ни другие родственники.

Запомнил несколько высказываний мамы. Вот одно из них: «Не болтай лишнего!». Маме в 1937 – 1938 гг. (пик массовых репрессий – авт.) было 11 – 12 лет. Откуда был у нее такой опыт. Видимо она знала или могла знать о судьбе тех, кто не следовал этому правилу.

Мама могла сказать и так: «Кому война, а кому мать родна». Видимо, это следовало из наблюдений времен войны, когда ей

было 15 – 19 лет. Несовестливые люди даже ввремя войны пользовались в своих корыстных интересах близостью к продовольственным или промышленным товарам.

Часто слышал от нее: «Знай, край да не падай», «Даже ... рублей, надо заработать». В наши дни актуально звучат мамины слова: «Что ни дурно, то потешно» [1].

В школьные годы всегда с волнением ждал ее возвращения



Рис. 2. А. А. Звягина и С. Звягин. Прокопьевск, 1969 г.

с родительских собраний (рис.2). Я хожу в начальные классы школы. Лето. Сидим с тетей Полей на крылечке веранды нашего дома, ждем после работы маму к обеду. «Чу, калитка заскрипела – вот и мамочка идет. Мама курочку накажет, мама курочку побьет». ... Мама... Лето... Детство...

В июле 1976 г. я учился на подготовительных курсах в г. Кемерово, куда меня сопровождала мама. В августе того же года поступал на исторический факультет Кемеровского государственного университета (КемГУ). Это оказалось непростым и волнующим делом. После первой оценки «отлично» по истории последовала «удовлетворительно» по английскому языку. По уговору с мамой я звонил ей после каждого экзамена в регистратуру поликлиники и ее приглашали к телефону. Не знаю, что она почувствовала, узнав новость, но утром следующего дня она была у меня. Я тогда снимал комнату в частном секторе на улице Инициативной за кемеровским железнодорожным вокзалом. Не

знаю, чем она могла мне помочь, но не быть вместе с сыном в такую минуту она не могла. Как бы то не было, я стал студентом.

Когда я учился в КемГУ часто ездил домой, к родителям. Поезд из г. Кемерово приходил в г. Прокопьевск рано утром. Я шел домой напрямик – через «обвалы», хотя мама ругалась. Если дело было зимой, то, когда я подходил к воротам, то дорожка к дому уже была ею подметена или очищена от снега, а ставни на фасадной стороне – открыты. Отец мог еще спать, но мама меня ждала с тарелкой горячей рисовой каши на плите [1]. Мама была очень ответственной и доброй, за всех переживала, относилась к людям с трепетом.

Для меня с каждым годом все более важными становятся отношения с дочерьми. Анна (род.1980) стала юристом. Наталья (род.1983) – биологом, кандидатом биологических наук. Мария (род.1987) – историком. Все они – выпускники КемГУ разных лет [8, с. 95]. Их мать Нина Анатольевна (в девичестве Бузмакова, 1956 г. р.) – была моей однокурсницей, в разные годы работала учителем истории в нескольких кемеровских школах.

В тот день, когда умер отец, генеральный секретарь ЦК КПСС М. С. Горбачев был с визитом в Италии. После просмотра программы «Время» папа пошел в спальню. В прихожей его сильно качнуло и он навалился грудью на стол. Он позвал на помощь жену. В нашем доме телефона не было и маме пришлось зимним вечером бежать за три улицы к Гуциным, чтобы вызвать «скорую». Мама умерла 4 декабря 1991 г. [1].

В последние несколько лет два понятия «память» и «памятник» находятся в самом центре общественного внимания. Вполне возможно дать «оценку», «переоценить», «недооценить» и даже «уценить» [9, с. 146-158]. В нашем случае речь идет о справедливой оценке нашей героини. Здесь я – «Мамин-Сибиряк». Когда-то замечательный советский поэт, родившийся в г. Кемерово, В. Д. Фёдоров написал: «... Недостаточно любим при жизни... и неистово любим потом» [10, с. 149]. Эту статью мы расцениваем

как выражение благодарности нашей маме и тете. Светлой памяти родителей я посвятил одну из своих монографий [11].

Список источников

1. Личный архив доктора исторических наук Сергея Павловича Звягина.
2. Вишневская Г. Галина. История жизни. – Алматы: «Паритет» – Социнвест». – Москва: «Горизонт», 1993. – 559 с.
3. Тюкалинский район Савиново // Википедия. URL: ru.wikipedia.org (дата обращения 18.11.2023).
4. История Кузбасса: учебник / С. П. Звягин, В. М. Зинякова, О. С. Красильникова и др.; ответ. ред. А. В. Палин. – Кемерово: КемТИПП, 2014. – 368 с.
5. Государственный архив Омской области (ГАОО). Ф. Р.471 с. – Оп. 2. – Д. 169.
6. Исторический архив Омской области (ИАОО). Ф. 1539. – Оп. 2. – Д. 668.
7. Книга памяти Курской области. Т. 1 (город Курск, Беловский, Большесолдатский районы) / пред. ред. колл. И. С. Аleshина. – Курск: Курскиформпечать, 1993. – 432 с.
8. Звягин Сергей Павлович: биобиблиографический указатель / сост. А. А. Медведева. – 2-е изд., испр. и доп. – Кемерово, 2021. – 96 с.
9. Серкова В. А., Сафонова А. С. Биография как историческая проблема // Вопросы истории. – 2021. – № 2. – С. 146-158.
10. Махалова Т. И. Только свет и слово. О Василии Фёдорове. Воспоминания. Статьи. – Кемерово: Кем. отделение Союза писателей России, 2018. – 424 с.
11. Звягин С. П. Руководители Томской губернии в годы Гражданской войны (1918 –1919 гг.). – Томск: Изд-во Томского политехнического ун-та, 2011. – 192 с.

ЗВЯГИН С. П., КАЗАКОВА Л. Н.

ВЫПУСКНИЦА КГМИ 1966 г. З. Н. КРИЧКО

Аннотация. Подготовка квалифицированных специалистов, их работа по специальности – одна из главных задач любого вуза. Мы взяли за труд проследить это на примере выпускницы нашего университета 1966 г.

Ключевые слова: Кемеровский государственный медицинский институт, учеба, педиатр, общественные поручения, семья, З. Н. Кричко, родственники

ZVYAGIN S. P., KAZAKOVA L. N.

GRADUATE OF KGMI 1966 Z. N. KRICHKO

Abstract. The training of qualified specialists, their work in the specialty is one of the main tasks of any university. We took the trouble to trace this by the example of a graduate of our university in 1966.

Keywords: Kemerovo State Medical Institute, studies, pediatrician, public assignments, family, Z. N. Krichko, relatives

Зоя Николаевна Кричко (ур. Усова) родилась 7 сентября 1940 г. в городе Прокопьевске Новосибирской области. Родители – Усовы Николай Егорович (ум. 1973) и Пелагея Антоновна (1919 – 1989). Родители последней – Росляковы Антон Андреевич (1876 – 1932) и Лукерья Степановна (1876 – 1951).

В семье Росляковых были еще три дочери: Екатерина (1915 – 1973), Александра (1924 – 2004), Анна (1926 – 1991) и сын Пётр (1928 – 1948) [1].

В 1931 г. семья была раскулачена в селе Савиново Тюкалинского района Западно-Сибирского края. Росляковых выслали в Нарым (того же края – авт.). Деду нашей героини – А. А. Рослякову удалось «завербоваться» на строительство угольных шахт в

Прокопьевске. Это давало ему право перевезти туда и семью. Вскоре он умер в т. н. «Белой больнице» в районе Тупика. Бабушка – Лукерья Степановна осталась с пятью детьми на руках. Старшей дочери было 16 лет. Бабушка работала техничкой в школе, в которой учились ее дети и другие родственники.

Кроме Зои в семье были еще дети. Брат Михаил (1944 – 2003) окончил Прокопьевский горный техникум и всю жизнь работал в шахте. Сестра Людмила (род. 1947) – выпускница Томского политехнического института. Она стала инженером и всю жизнь проработала с мужем Борисом Аркадьевичем Казаковым в Ангарске на предприятии «Ангарскнефтеоргсинтез» [1].

В личном деле нашей героини в архиве Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ) есть автобиография. Из нее можно узнать, что Зоя в 1948 г. начала учиться в средней школе № 10, расположенной в поселке «Березовая роща». Адрес школы – улица Революции № 67. В доме № 116 по той же улице жила семья Усовых. С 1950 г. Зоя – пионерка, с 1956 г. – комсомолка. В 7-х – 10-х классах выполняла общественное поручение: была отрядной пионерской вожатой. По окончании школы с сентября 1958 г. работала лаборантом в родной школе, но уже с декабря того же года там же – старшая пионерская вожатая [2, л. 1-3]. В период ее ученичества и работы директором была учитель математики Мария Никитична Новикова (1945 – 1960) [3].

В августе 1959 г. Рудничный райком ВЛКСМ утвердил З. Н. Усову старшей пионерской вожатой в только что построенную школу. Через несколько месяцев пионерская дружина этой школы заняла почетное 3-е место среди школ Рудничного района. Об этом в июне 1960 г. написала директор в характеристике Зои.

24 июня 1958 г. наша героиня получила аттестат зрелости. В нем было 14 оценок. Среди них две «четверки» по русскому языку и литературе, а также 12 «пятерок». Таким образом, средний балл аттестата равнялся 4,85 [2, л. 6].

В телефонном разговоре 8 марта 2022 г. сестра Зои – Л. Н. Казакова сообщила мне, что девушка сначала хотела стать



Рис.1. Зоя Усова, 1960 г.

железнодорожником, но туда брали преимущественно парней. Тогда она решила стать врачом. Может быть, в выборе профессии, сыграла свою роль тетя Зои по матери – Анна Антоновна Звягина, работавшая медицинской сестрой сначала в детском доме, потом в поликлинике. Она была мамой одного из авторов.

Зоя Усова (рис.1) только с третьей попытки смогла поступить в Кемеровский государственный медицинский институт (КГМИ). В ее личном деле находится экзаменационный лист от 20 июня 1960 г. Она получила его для сдачи вступительных

экзаменов. Этот абитуриент получил следующие оценки: русский язык и литература, иностранный язык (английский – авт.) – «хорошо», «физика» и «химия» – отлично [2, л. 1].

Уже 3 октября 1960 г. она написала заявление с просьбой о предоставлении места в общежитии, т. к. ей негде было жить. Дата документа имеет свое объяснение. В те годы студенты и старшеклассники в сентябре выезжали на село убирать урожай. Она сообщила, что отец – пенсионер, а мама – не работает [2, л. 16].

Общежитие вуза находилось на ул. 40 лет Октября, 6. К настоящему времени здание снесено. Однако сохранились фотографии и описание этого дома [4, с. 42-50]. В студенческие годы Зои пришлось на период становления вуза. Это проходило непросто. За шесть лет ее обучения (1960 – 1966) сменилось четыре руководителя института: С. В. Беляев, И. Ф. Попов, В. Ю. Первущин и Е. Д. Логачёв [5, с. 4-6]. В полной мере сменяемость кадров

коснулась и лечебного факультета. За тот же период времени этим учебным руководило 6 человек: А. Ф. Маслов, С. П. Сендерихин, В. С. Добрынин, А. Ф. Суханов, Б. И. Давыдов [5, с. 29].

Учебные занятия в то время проходили совсем рядом от общежития – на улице Назарова 1 и 1а в Кировском районе. Правда, до конца 1961 г. улица называлась по-другому – Сталинградская. Позднее улицу назвали в честь Героя Советского Союза Ильи Семеновича Назарова – уроженца села Ильинка Кузнецкого уезда Томской губернии (сегодня – Новокузнецкий район Кемеровской области). Улица находится на берегу реки Томи. По адресу Назарова – 8 расположена средняя школа № 19, созданная в 1935 г.



**Рис. 2. Зоя Усова и Сергей Звягин.
г. Прокопьевск, 1961 г.**

Многие ее ученики стали студентами КГМИ и учились вместе с нашей героиней [6].

28 февраля 1961 г. студентка группы 116 первого курса лечебного факультета З. Н. Усова обратилась с заявлением о назначении ее на по-

лучение стипендии по итогам сдачи зимней сессии. Она указала на то, что отец постоянно болел. Стипендию девушки дали 22 июня 1961 г.

Первые студенческие каникулы Зоя провела у родителей. Она помогала тете А. А. Звягиной в воспитании малолетнего сына – будущего одного из авторов статьи (рис.2).

Зимнюю сессию 1961 – 1962 учебного года Зоя сдала на «отлично». 16 февраля 1962 г. было принято решение о назначении ей стипендии.

В возрасте 25 лет она вышла замуж. Бракосочетание состоялось 14 февраля 1965 г. Через несколько дней – 17 февраля 1965 г. студентка гр. 507 З. Н. Усова написала декану лечебного факультета А. Ф. Суханову объяснение о причине пропуска недели учебных занятий. Это произошло из-за задержки вылета самолета из Львова. Она ездила к жениху для оформления брака. 14 сентября состоялась смена ее фамилии на Кричко [2, л. 22].

Муж Зои Александр Алексеевич Кричко родился в 1942 г. Мать его – Надежда Степановна родилась в 1919 г., т. е. была ровесницей своей сватьи. Она жила в городе Топки по ул. Комсомольская – 13. Его тетки одно время проживали в Сталинске (ныне Новокузнецк – авт.).

А. А. Кричко окончил Ачинское военное авиационно-техническое училище. Начальником учебного заведения в то время был генерал-майор-инженер И. Т. Редька. Он руководил училищем в 1952 – 1969 гг. [7].

Все время А. А. Кричко служил на территории Западной Украины: Самбор Львовской области, Новоград-Волынский Житомирской области. Затем 5 лет он проходил службу в Группе советских войск в Германии. Гарнизон стоял в Цербсте, где в свое время родилась будущая российская императрица Екатерина II. Затем служил в городе Острог Ровенской области. Здесь он ушел в запас в звании майора, т. к. не имел высшего военного образования. Его послужной список – большая редкость. Он все время служил только в Прикарпатском военном округе и в ГДР. Надо ли писать в этой связи о том, что в советских вооруженных силах были и другие военные округа. Они располагались намного дальше от Москвы и в районах с более суровым климатом [1].

Во всех местах проживания, в том числе и ГДР, Зоя всегда находила работу педиатра. Стоит говорить о том, что это был для семьи дополнительный доход, хотя и в половину ставки. В 1967 г. в семье Кричко родилась Алёна. Наша тетья – А. А. Рослякова ездила в Острог на ее свадьбу с Василием. Есть фотографии этого

события. Алёна работала воспитателем детского сада в Орле. Она стала матерью Данилы и Александра.

С. П. Звягину тоже довелось побывать в Остроге у Зои в гостях. Здесь ее семья жила на улице Городище – 15, кв. 9. Их квартира была на верхнем этаже двухэтажного дома. Рядом был огород. Зоя с удовольствием выращивала и консервировала овощи. Саша ходил за грибами. Еще он очень любил ловить рыбу. Помню, как в один из приездов в Прокопьевск он с моим отцом ездил в Зенковский парк порыбачить в местном пруду [1].

Острог не мог не очаровать. Небольшой и уютный, он расположился на берегу реки Вилия. К 1100 г. относится его первое упоминание в Ипатьевской летописи. Здесь в 1578 г. Иван Фёдоров напечатал «Букварь». Очень понравился небольшой, но изящный замок князей Острожских. Когда мы с Зоей гуляли по городу, почти все встречные с ней здоровались. Это были ее бывшие пациенты или их родители. В один из дней мы купались в водохранилище Хмельницкой АЭС. До трагедии Чернобыля оставалось несколько лет. Вот такие наивные были тогда времена.

Однако вернемся к поре обучения Зои. 8 января 1966 г. декан лечебного факультета А. Ф. Суханов подписал ей характеристику. В то время она была комсоргом учебной группы. З. Н. Кричко хотела бы стать акушером-гинекологом или педиатром.

Вскоре она была допущена к государственным экзаменам. Всего за время обучения она сдала 38 экзаменов, в т. ч. на «отлично» – 22, «хорошо» – 14, «удовлетворительно» – 2. Средний балл – 4,5. В 1966 г. З. Н. Кричко окончила лечебный факультет КГМИ. Ее выпуск был пятым в истории вуза. 19 июня 1966 г. в соответствии с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 533 от 9 мая 1963 г. ей выдали временное удостоверение об окончании вуза. Документ через год обменяли на диплом. В соответствии с правилами тех лет ее распределили на работу по месту службы мужа [2, л. 28, 32].

Зоя прибыла в Самбор и 1 августа 1966 г. устроилась врачом в детскую больницу. 15 августа 1966 г. она – ординатор стационарного отделения больницы. С 29 декабря 1966 г. – педиатр детских яслей-садика [2, л. 72, 79]. По словам Л. Н. Казаковой, наша героиня всегда отличалась безотказностью. В Самборе в свое свободное время она ставила нуждающимся уколы.

На моей памяти Зоя с мужем несколько раз приезжали в Прокопьевск к родителям в отпуск. Приезжали они и из ГДР. Каждый раз они привозили «гостинцы». Однажды мне достались упаковка жевательной резинки и полиэтиленовый пакет. Я «важно» ходил с этим пакетом в школу. Тогда остальные одноклассники носили ранцы и портфели. Как-то раз, я пришел домой. В тот день мама устроила стирку. На бельевой веревке жалко висел мой пакет, утративший всю свою «прелесть». Сейчас об этом писать смешно, а тогда я расстроился.

Сначала ей с мужем довелось приютить свою мать, которую перевезли из Прокопьевска. Летом 2005 г. Зоя вместе с мужем приезжала к его матери в Топки. Попутно они побывали у С. П. Звягина в гостях в г. Кемерово. Через три года в 2008 г. они забрали женщину на Украину. В письме от 30 декабря 2011 г. (письмо шло 30 дней – авт.) Зоя сообщала о том, что через 2 месяца Сашиной маме будет 92 года. Зоина и Сашина мамы умерли в Остроге, там же они и похоронены.

В 2011 г. Зоя писала, что полгода не работала, а сейчас работает, но не в поликлинике, а в школе для глухих детей. К таким детям она уже привыкла. Какое-то время я часто бывал в Москве. Зоя в каждом письме приглашала в гости. Зоя Николаевна Кричко умерла 10 января 2020 г. [1].

В данной статье мы постарались проследить судьбу одной из выпускниц КМГИ. Это само по себе важно для истории вуза. Ведь она состоит не только из судеб бывших студентов, достигших широкого признания. З. Н. Кричко оказалась верной своему выбору и отдала педиатрии всю жизнь.

Она не была удостоена высоких наград, но разве такой наградой не были вылеченные ею дети и их обрадованные родители. Понимание этого важно для формирования не только профессиональных, но и личностных качеств будущих врачей.

Сбор, обработка, анализ и написание статьи еще раз заставили вспомнить о том, что надо было вовремя собирать материал, когда были живы упомянутые в тексте люди. Тогда статья была более информативной и интересной.

Один из авторов – С. П. Звягин рассматривает эту работу как своего рода знак благодарности той, которая помогла маме поднимать на ноги меня. Считаю, что люди живы до тех пор, пока их помнят. Мы постарались закрепить на бумаге эту память.

Список источников

1. Личный архив доктора исторических наук Сергея Павловича Звягина.

2. Архив КемГМУ. Ф.1966. – Оп. 1. – Д. 214. – Личное дело Кричко (Усовой) Зои Николаевны.

3. Средняя образовательная школа № 10, г. Прокопьевск. URL:http://pr-school10.narod.ru/index/nasha_istorija/0-43 (дата обращения: 02.02.2024).

4. Шапкина Е. В. Применение визуального метода при изучении становления образовательной инфраструктуры КемГМУ // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2023. – Т. 4. – № 2. – С. 42-50.

5. Кемеровская государственная медицинская академия / отв. ред. В. М. Ивойлов. – Кемерово: ООО АРФпринт, 2015. – 251 с.

6. Музей средней общеобразовательной школы №19, г. Кемерово.

7. Ачинское военное авиационно-техническое училище. URL: <http://avatu.sitcity.ru/index.phtml> (дата обращения: 04.02.2024).

ЗОЛОТУХИН В. М.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Аннотация. На основе социологических данных в сфере оказания медицинских услуг рассмотрены различные аспекты повышения качества жизни на региональном уровне. Подчеркивается, что взаимосвязь социально-экономических и медицинских показателей влияет на степень и уровень институционального доверия к оказанию медицинской помощи всем без исключения социальным группам населения. Затронуты позитивные и негативные аспекты использования искусственного интеллекта в здравоохранении. Акцентируется внимание на необходимость совершенствования формирования информационных баз, в том числе в системе социально-гигиенического мониторинга, расширения использования различных статистических методов для выявления ключевых факторов, влияющих на уровень общей смертности на региональном уровне.

Ключевые слова: качество жизни, медицинская помощь, социальное напряжение, профессиональные стандарты, человеческий капитал

ZOLOTUKHIN V. M.

SOCIO-CULTURAL AND MEDICAL ASPECTS OF IMPROVING THE QUALITY OF LIFE AT THE REGIONAL LEVEL

Abstract. Based on sociological data in the field of medical services, various aspects of improving the quality of life at the regional level are considered. It is emphasized that the interrelation of socio-

economic and medical indicators affects the degree and level of institutional trust in the provision of medical care to all social groups of the population without exception. The positive and negative aspects of the use of artificial intelligence in healthcare are touched upon. Attention is focused on the need to improve the formation of information bases, including in the system of social and hygienic monitoring, to expand the use of various statistical methods to identify key factors affecting the overall mortality rate at the regional level.

Keywords: quality of life, medical care, social stress, professional standards, human capital

По данным Росстата, на протяжении последнего десятилетия происходит снижение негативного воздействия хозяйственной деятельности на окружающую среду. Выбросы от стационарных источников снижены с 19,1 млн т в 2010 г. до 17,2 млн т в 2022 г., а от передвижных, с 13,2 до 5,0 соответственно [1, с. 137]. При этом приходится констатировать, напряженное отношение населения к оказанию медицинских услуг населению. Так, по данным ВЦИОМ, «сегодня государственные/муниципальные учреждения здравоохранения пользуются наибольшей популярностью у населения, в течение последнего года их посещали 59%. В частных клиниках бывали треть россиян – 31%. Получали медицинскую помощь в ведомственных медицинских учреждениях только 3%. 37% мужчин вовсе не обращались ни в одно медицинское учреждение в течение года, это в 1,8 раза больше показателя женщин (21%). По возрастным группам максимум тех, кто не обращался в лечебные учреждения, приходится на респондентов старше 35 лет – 29–31%, у молодежи 18–34 лет аналогичный показатель составляет 21–26%. То есть устоявшееся мнение, что с возрастом люди чаще посещают врачей, не находит подтверждения» [2]. Вызывает опасение использование искусственного интеллекта в здравоохранении: «опросы ВЦИОМ и Pew показывают, что в российском и амери-

канском обществе пациенты больше будут чувствовать дискомфорт, чем комфорт, если врач будет полагаться на искусственный интеллект для диагностики заболеваний и рекомендации лечения. Такая ситуация оказалась бы неприятной для 49% россиян и 60% американцев, спокойно бы отнеслись к этому 40% и 39% соответственно. Это значит, что и в российском, и в американском обществе существуют опасения по вопросу применения искусственного интеллекта в здравоохранении» [3].

На формирование стандарта качества жизни как комплексного социокультурного явления оказывают воздействие не только экономические возможности (уровень доходности), но и социокультурная среда, как основание для формирования социокультурного кода. Он является базисом, отражающим этнонациональные и профессиональные стандарты различных видов деятельности. Участие человека в конкретных социальных процессах и сферах жизнедеятельности эксплицируют индивидуальный культурный код, который позволяет раскрыть человеческий капитал. Образ жизни человека, соответствующий заданным государственными структурами параметрам социально активного поведения, рассматривается как модель поведения социально, экономически и юридически адаптированного, т. е. приспособленного, к формальным и/или неформальным законам современного рынка, в том числе медицинских услуг. Постоянно актуализируется необходимость совершенствования формирования информационных баз, в том числе в системе социально-гигиенического мониторинга, расширения использования различных статистических методов для выявления ключевых факторов, влияющих на уровень общей смертности на региональном уровне. Это усугубляется тем, что «статистика профессиональных заболеваний в России занижена в десятки раз. Система учета профессиональных больных выстроена так, что «не замечает» работника до тех пор, пока он тяжело не заболеет или не утратит работоспособность» [4].

Более того, как подчеркивает А. Г. Аганбегян: «низкий уровень здоровья многих россиян, по обследованиям аналитического центра НАФИ, связан с тем, что по ненормируемому графику в России работает 60% населения, неправильно и нерегулярно питается 48%, стресс испытывает 45%, вредными привычками (курение, алкоголь, наркотики) страдает 39% и 22% имеют нестабильные семьи» [5, С. 37]. Социальное напряжение в общественном мнении базируется и на том основании, что значительная часть россиян считают, что богатым людям по сравнению с бедным проще получить медицинскую помощь. Усилению данного напряжения способствуют проблемы, связанные с низкой удовлетворенностью качеством медицинского и лекарственного обеспечения. Исследования А. М. Дюкаревой и В. Г. Шетинина фиксируют данную негативную динамику: «наибольшее число респондентов выбрали ответ «ухудшилось» – 51%, далее следует вариант «не изменилось» – 34%. Лишь 15% указали, что ситуация с обеспечением улучшилась» [6].

По мнению Н. Ф. Измерова, устойчивый рост смертности населения трудоспособного возраста как у мужчин, так и у женщин, стал следствием ухудшения социально-экономического положения части населения России, ухудшения условий труда, снижения доступности и качества медицинской помощи работающему населению, которое составляет основную часть населения трудоспособного возраста [7]. Отрицательная динамика смертности населения трудоспособного возраста в дальнейшем будет влиять на социально-экономическое положение и национальную безопасность Российской Федерации [8].

Взаимосвязь социально-экономических и медицинских показателей влияет на степень и уровень институционального доверия, а также зависит от приемлемости населением, на региональном уровне, медицинской помощи всем без исключения социальным группам. Например, на основании статьи 72 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здо-

ровья граждан в Российской Федерации» [9] в совместном ведении Российской Федерации и ее субъектов находятся: защита прав человека и гражданина; координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью. При этом, соблюдение прав человека [10] и его законных интересов должно быть приоритетным, несмотря от функциональной значимости человека, его телесности и доминирования этических позиций в современном здравоохранении.

Прежде всего, это касается вопросов применения современных технологий в сфере медицины, когда параллельно внедряются идеи трансгуманизма, а профессиональная деятельность человека вытесняется «специалистами» ботами. С одной стороны, в ситуации нехватки медицинских кадров такая идея должна рассматриваться как возможный способ решения проблемы, но с другой – сможет ли бот заменить полноценную коммуникацию «медсестра – пациент»? [11, с. 147]. В связи с этим «тело становится не только функциональным, но проектируемым, то есть становится объектом манипуляций. Закономерно встает вопрос о доступной глубине этих манипуляций» [12, с. 115]. С точки зрения «биокультурной теории» (А. Бьюкенен, Р. Пауэлл), происходит взаимная биологическая и культурная трансформация человека, а в рамках которой тело понимается «не только как физическая реальность, но и персональное – осознание собственной биоидентичности, становится открытым и понятным за счет расширения связи биологии и культуры, но вместе с тем и приобретает проблематику, которая становится предметом философии и этики» [13].

Согласно статье 20 Федерального закона № 323-ФЗ [9], обязательным предварительным условием любого медицинского вмешательства является получение информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя.

К такому согласию приравнивается как документ на бумажном носителе, либо электронный документ, подписанный с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации. В случае отсутствия такого документа невозможно применение дистанционных технологий в медицинской практике, в том числе медицинского вмешательства.

На практике происходят нарушение законодательства, обусловленные действием неформальных стандартов, условностями корпоративной культуры и гендерными стереотипами. На данном аспекте акцентируется внимание в связи с ощущением «зависимости и страх испортить отношения с человеком, от которого зависит успешность будущего обучения и продвижения по карьерной лестнице, возможность негативных последствий – таких как отказ принять на работу после практики, ухудшение условий работы или публичное осуждение коллектива – становится важной причиной умолчания о произошедшем» [14, с. 126], что в конечном итоге влияет на доминирование в социокультурной среде культурных норм, степень субъективной осознанности и восприятия которых свидетельствует об определенном культурном конструкте. Своеобразной шкалой ценностного аспекта потребления медицинских услуг выступает субъективный уровень потребления. Структура потребления отражает объективированные показатели конкретного субъекта Российской Федерации. Например, в Кемеровской области, прослеживается динамика уменьшения следующих количественных показателей: врачей всего, в 2020 г. было 11,6 тыс., а 2022 11,1 тыс., соответственно на 10 000 человек населения в 2020 г. – 44,2, в 2022 г. – 43,4; среднего медперсонала всего в 2020 г. – 27,0, в 2022 г. – 25,0, а на 10 000 человек населения в 2020 г. – 102,5, в 2022 г. – 97,4 [15]. При этом, подчеркивается, что «среди факторов, влияющих на здоровье, мужчины подчеркивают прежде всего роль субъективных (образ жизни, забота

о здоровье), а женщины – объективных (экологическая обстановка, качество медицинского обслуживания). Женщины значимо выше, чем мужчины, оценивают влияние информации, полученной от друзей и знакомых, на уровень осведомленности в области здоровья, что может быть связано с их большей внушаемостью и склонностью к внешне организованной мотивации. Женщины чаще обращаются к врачам с профилактической целью, чаще обращаются за помощью к друзьям в случае недомогания, а также демонстрируют более высокий уровень доверия к помощи врачей и психологов» [16, с. 37].

Социальную напряженность вызывает ситуация, связанная с вопросами реабилитации граждан (пациентов), перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19. Одни авторы отмечают, что «анкетирование пациентов по опроснику КЖ-100 показало, что спустя 1 месяц после перенесенного COVID-19 доля больных с недостаточной энергией для повседневной жизни увеличилась на 23,2% ($p = 0,001$); неудовлетворенных состоянием своего здоровья стало больше на 31,4% ($p = 0,0016$); тревожные и депрессивные переживания стали обнаруживаться на 33,9% чаще ($p = 0,0018$). На 17,3% больше пациентов стали отмечать у себя бессонницу ($p = 0,0005$), а личные взаимоотношения с друзьями и родственниками ухудшились на 63,6% ($p = 0,0027$). При этом количество больных с временной нетрудоспособностью после COVID-19 увеличилось на 15,7% ($p = 0,0003$) по сравнению с их числом до COVID-19 [17]. Другие приводят «доказательства того, что ухудшение КЖ в постковидном периоде носит временный характер и характеризуется тенденцией к постепенному восстановлению. Отдельные авторы обнаруживают взаимосвязь между низкой тяжестью функциональных нарушений с высокими реабилитационными возможностями у лиц молодого возраста» [18, с. 198].

Рассматривая социокультурный аспект качества жизни, мы исходим из «структуры культуры качества жизни», в рамках ко-

торой целесообразно выделять следующие элементы: объективные детерминанты качества жизни индивида (различные факторы формирования условий жизни); субъективное представление о качестве жизни; деятельностное отношение к качеству жизни. Для объяснения культурной составляющей социальной политики государства целесообразно рассматривать культуру как ценностное явление, что позволяет выявить шкалу ценностей и определить степень их воздействия на динамику социокультурных процессов, в том числе, с точки зрения, реализации региональных возможностей предоставления медицинских услуг

С позиции «Карты культурных ценностей Р. Инглхарта» Россия занимает сектор секулярно-рациональных ценностей по результатам опроса на основании субъективного мнения граждан о различных аспектах жизнедеятельности (системе управления институтов здравоохранения, здоровья населения, социально-экономическом благополучии и т.д.). Такая методика позволяет рассматривать изменение ценностных ориентаций в зависимости от вариативности качества жизни человека, его динамика в рамках предоставления медицинской помощи гражданам, в том числе в сфере реабилитации. Актуальным это является для регионов, в которых ключевым локомотивом экономики является добыча и переработка природных ресурсов.

Список источников

1. Здравоохранение в России. 2023: Стат. сб./Росстат. – Москва, 2023. – 179 с. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/media/bank/Zdravoohran-2023.pdf> (дата обращения: 13.02.2024).

2. Государственная медицина: в погоне за качеством 17 ноября 2022. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/gosudarstvennaja-medicina-v-pogone-za-kachestvom> (дата обращения: 13.02.2024).

3. Прогресс или угроза, или об искусственном интеллекте в медицине. 17 октября 2023. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/progress-ili-ugroza-ili-ob-iskusstvennom-intellekte-v-medicine> (дата обращения 13.02.2024).

4. Туков А. Р., Власова И. В., Михайленко А. М., Зиятдинов М. Н. Показатели санитарной статистики как один из факторов учета профессиональной заболеваемости // Уральский медицинский журнал. – 2023. – 22 (5). – С. 43-49.

5. Аганбегян А. Г. О восстановлении сохранности народа России, подорванной коронавирусной пандемией // Сбережения населения России: здоровье, занятость, уровень и качество жизни: материалы научно-практической конференции V Римашевские чтения (Москва, 29 марта 2022 г.) / отв. ред. В. В. Локосов, В. Г. Доброхлеб, М. В. Беликова; ФНИСЦ РАН. – Москва: ФНИСЦ РАН, 2022. – С. 21-39.

6. Дюкарева А. М., Щетинин В. Г. Проблемы удовлетворенности ветеранов (пенсионеров) оказываемой медицинской помощью и лекарственным обеспечением (по результатам социологического исследования) // Непрерывное медицинское образование и наука. – 2022. – № 4. – С. 17- 23.

7. Измеров Н. Ф., Тихонова Г. И. Горчакова Т. Ю. Смертность населения трудоспособного возраста в России и развитых странах Европы: тенденции последнего десятилетия // Вестник РАМН. – 2014. – № 7–8. – С. 121-126.

8. Указ президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. N204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024г.». URL: <https://mvd.consultant.ru/documents/1056500?items=1&page=1> (дата обращения: 13.02.2024).

9. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 13.07.2022). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/?ysclid=lspondth0nd569737371 (дата обращения: 13.02.2024).

10. Золотухин В. М., Козырева М. В. Реализация прав человека в рамках дихотомии социокультурного пространства // Культура и антикультура: сборник статей Международной научно-методологической конференции «Селивановские чтения» / отв. редактор Л. Л. Мехришвили. – Тюмень, 2022. – С. 292-297.

11. Лапицкая Т.Ю. Принципы биоэтики в работе медицинской сестры в период проведения массовой вакцинации взрослого населения от COVID-19 // Уральский медицинский журнал. 2022. – № 21 (6). – С. 144–149.

12. Гаврилина Е. А. Редукция человеческой агентности в технологическом контексте // Философия науки и техники. – 2022. – Т. 27. – № 2. – С. 108-120.

13. Беялетдинов Р. Р. Биокультурная теория и проблема редактирования человека // Человек. 2021. – Т. 32. – № 6. – С. 29-41

14. Новкунская А. А., Литвина Д. А., Никитина Д. А., Владова Е. В. Сексуальный харассмент в контексте медицинских организаций: асимметрии власти, пересечения неравенств, приватизация опыта // Социология власти. – 2023. – № 35 (3). – С. 111-134.

15. Итоги социально-экономического развития Кемеровской области-Кузбасса за 9 месяцев в 2023 году. URL: https://dep.keminvest.ru/upload/Серёдкина%20И/Итоги_социально_экономического_развития_Кемеровской_области_Кузбасса.pdf (дата обращения: 13.02.2024).

16. Гендерная панорама современной России / отв. ред. В. Г. Доброхлеб, З. А. Хоткина, М. В. Беликова. – Москва: ФНИСЦ РАН, 2022. – 236 с.

17. Хабчабов Р. Г., Махмудова Э. Р., Абдуллаев А. А., Гафурова Р. М., Исламова У. А., Джанбулатов М. А. Оценка качества жизни и функционального состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов, переболевших COVID-19 // Актуальные проблемы медицины. – 2021. – № 44 (4). – С. 373-382.

18. Семакин А. В., Федосенко С. В., Малиновский В. А., Агаева С. А., Старовойтова Е. А., Калюжин В. В. Качество жизни

и психические расстройства в постковидном периоде (систематический обзор) // Бюллетень сибирской медицины. – 2023. – № 22 (4). – С. 188-200.

КАРТАШОВА П. М.

**МИКРОБИОЛОГ З. В. ЕРМОЛЬЕВА –
ПЕРВООТКРЫВАТЕЛЬ СОВЕТСКОГО
ПЕНИЦИЛЛИНА И ДРУГИХ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

Аннотация. В данной статье рассматривается вклад Зинаиды Виссарионовны Ермольевой в развитие советской медицинской микробиологии. Рассказывается об открытии и налаживании производства советского пенициллина, а также других антибактериальных препаратов.

Ключевые слова: история медицины, З. В. Ермольева, антибактериальные препараты, пенициллин, холерный вибрион, микробиология

KARTASHOVA P. M.

**MICROBIOLOGIST Z. V. ERMOLYEVA –
DISCOVERER OF SOVIET PENICILLIN AND OTHER
ANTIBACTERIAL DRUGS**

Abstract. This article proposes the contribution of Zinaida Visarionovna Ermolyeva to the development of Soviet medical microbiology. The story is told about the discovery and establishment of production of Soviet penicillin, as well as other antibacterial drugs.

Keywords: history of medicine, Z. V. Ermolyeva, antibacterial drugs, penicillin, *Vibrio cholerae*, microbiology

В ходе Прибалтийской наступательной операции (14 сентября – 24 ноября 1944 г.), советские войска освободили Латвию, Литву и Эстонию. В тот же период, в условиях полевого лечения, был впервые применен новый советский антибиотик, известный под названием «крустозин», который был аналогом пенициллина. Внедрение этого препарата оказало огромное положительное влияние на восстановление личного состава Красной армии после ранений: смертность от ранений и инфекций снизилась на 80 %, а число ампутаций конечностей уменьшилось на 20–30%. Осуществлением процесса внедрения нового лекарства руководила выдающаяся микробиолог Зинаида Виссарионовна Ермольева, известная за пределами СССР как «Мадам Пенициллин».

В то же время, в 1944 г., она сумела наладить промышленное производство пенициллина в стране понесшей большой урон от немецкой оккупации и боевых действий, несмотря на тяжелые условия, вызванные войной.

Зинаида Виссарионовна Ермольева (1898 – 1974) родилась в семье зажиточного войскового старшины Виссариона Васильевича Ермольева в Донской области. Она провела свое детство на хуторе Фролово. Зинаида была решительной, волевой, энергичной и одновременно романтичной донской казачкой. Ее отец умер, когда ей было всего 12 лет, и матери пришлось взять на себя заботу о семье. После окончания в 1917 г. с золотой медалью Новочеркасской Мариинской женской гимназии, поступила на медицинский факультет Донского университета в Ростове-на-Дону.

Зинаида Виссарионовна вспоминала, что, еще будучи студенткой, как она проникала в закрытую лабораторию через форточку, чтобы посвятить еще несколько часов экспериментам. Ее учителями были известные ученые-микробиологи В. А. Барыкин (1874/1879 – 1939/1942) и П. Ф. Здродовский (1890 – 1976). Барыкин помогал З. В. Ермольевой освоить микробиологические методики и провести свои первые опыты по биохимии микроорганизмов. В 1921 г. Зинаида Виссарионовна окончила медицинский

факультет университета и осталась работать ассистентом на кафедре микробиологии [1]. В 1925 г., по приглашению В. А. Барыкина, она переедет в Москву.

В 1922 г. в Ростове-на-Дону случилась эпидемия холеры, которая стала причиной проведения исследований холероподобного вибриона З. В. Ермольевой. Его целью было выяснение того, какую роль этот вибрион играет в возникновении холеры. Зинаида Виссарионовна провела опыт по самозаражению. Она нейтрализовала желудочный сок с помощью соды и затем приняла 1,5 млрд микробных тел холероподобных вибрионов. Через 18 часов после этого у нее начались проблемы с кишечником, а через 12 часов появились признаки классического холерного заболевания. В результате эксперимента был выделен холерный вибрион из организма.

З. В. Ермольева также выделила при помощи иммунолюминесцентного метода из тела больного светящийся вибрион, который был назван в ее честь. Основываясь на полученных данных, Зинаида Виссарионовна предложила метод дифференциальной диагностики холерных и холероподобных вибрионов.

В 1920-х гг. она также опубликовала результаты исследований о диастатическом ферменте холерных и холероподобных микроорганизмов, о влиянии желчи на их биохимическую и биологическую изменчивость, а также об уровне их устойчивости к хлору. Эти результаты послужили основой для установления санитарных норм по уничтожению возбудителей холеры в водопроводной воде по всей стране.

В 1930-х гг. Зинаида Виссарионовна работала над разработкой лекарства для профилактики холеры, используя холерные бактериофаги, а также создала метод экспресс-диагностики этого заболевания. Эти средства успешно прошли испытания как в лабораториях, так и в полевых условиях во время вспышки холеры в Афганистане в 1939 г. Затем она продолжила свою работу в Ташкентском институте вакцин и сывороток, где усовершенствовала свое лекарство, объединив в нем 19 видов бактериофагов,

способных нейтрализовать возбудителей холеры, брюшного тифа и дифтерии. Это превратило ее профилактическое средство в реализацию мечты о «живой воде». В 1942 г. была опубликована монография «Холера» З. В. Ермольевой, где она подвела итоги своих исследований более чем за 20 лет работы с холерным вибрионом [2].

В 1930-е гг. З. В. Ермольева начала исследования по изучению свойств и технологии выделения лизоцима. Она использовала открытие П. Н. Лашенкова (1864 – 1925), который обнаружил лизоцим в курином яйце и выяснил его способность останавливать рост и размножение микробов. Лизоцим также был найден в человеческих железах, слюне и тканях. Исследователи долгое время пытались понять, как организм защищается от бактерий, и открытие лизоцима стало одной из ключевых частей этой загадки. З. В. Ермольева смогла определить химическую природу лизоцима и обнаружить его в различных растениях, таких как хрен и редька. Это объяснило эффективность народных средств от многих болезней. Она также первой смогла концентрировать лизоцим и использовать его в медицинской практике в качестве антисептика. Лизоцим стал использоваться в пищевой промышленности как консервант. В 1970 г. лаборатория З. В. Ермольевой получила чистый кристаллический препарат лизоцима. После этого лизоцим начал применяться в офтальмологии, хирургии, педиатрии и других областях [3].

В 1928 г. английский микробиолог А. Флеминг (1881 – 1955) заметил, что зеленая плесень *Penicillium notatum*, случайно выросшая на несоброшенных чашках со стафилококком, мощно подавляла рост кокка. Гриб выделял вещество с антибактериальным действием, которое он назвал пенициллином. Он изложил свои наблюдения в 1929 г. Вещество оказалось нестойким, и попытки выделить пенициллин из среды не увенчались успехом.

В 1938 г. профессор Оксфордского университета Г. Флори (1898 – 1968) и биохимик Э. Чейн (1906 – 1979) с группой ученых продолжили работы по созданию пенициллина. Однако во время

Второй мировой войны в Англии было трудно начать масштабные исследования, поэтому в 1941 г. они переехали в США под покровительство крупных фармацевтических компаний. Работа проводилась в строгой секретности.

В то же время в СССР в 1941 г. Зинаида Виссарионовна Ермольева и Тамара Иосифовна Балезина (1913 – 2010) провели скрининг среди множества образцов плесени и выделили продуцент пенициллина – *Penicillium crustosum*.

В 1943 г. З. В. Ермольева и ее коллеги получили разрешение от Фармкомитета на применение оригинального пенициллина, приготовленного из местного сырья, в лечении 1200 раненых пациентов.

Важно отметить, что к весне 1944 г., у американцев было миллиарды единиц пенициллина. Они смогли выделить новый производитель пенициллина *Penicillium chrysogenum*, который был в 400 раз более активным, чем предыдущий. По приезду Г. Флори предложил проверить клиническую эффективность препаратов. Сравнительное лечение пенициллином проводилось в Яузской больнице на двух группах раненых с одинаковой степенью тяжести сепсиса. Несмотря на то, что мы использовали наш пенициллин в меньших дозах, поскольку он был менее очищенным, эффект был сопоставим с очищенным американским препаратом.

В сентябре 1944 г. З. В. Ермольева и группа специалистов под руководством Н. Н. Бурденко (1876 – 1946) – главного хирурга Красной армии, отправились на 1-й Прибалтийский фронт, чтобы провести клиническое исследование эффективности отечественного пенициллина. Они провели около полугода в Даугавпилсе, где находилось около 30 госпиталей. Благодаря использованию пенициллина на разных фронтах было спасено множество жизней.

Если пациентам удавалось получить пенициллин не позднее чем через 2 часа после получения раны, осложнения не возникали, а бойцы с сепсисом имели шанс выжить. Н. Н. Бурденко

и его команда оценили эффективность пенициллина-крустозина и его способность конкурировать с иностранным пенициллином. В 1944 г. началось организованное производство антибиотика по поверхностному методу, в основном в Москве, согласно утвержденному регламенту. После применения лиофильной сушки, наш пенициллин приобретал желтоватый аморфный порошок, который сохранял высокую активность и минимальную частоту побочных реакций. Однако объем производства не полностью удовлетворял спросу, и только в 1945 г. были опубликованы официальные инструкции по использованию этого антибиотика [4].

В конце 1950-х гг. З. В. Ермольева начала разработку новых лекарств – препаратов на основе тетрациклиновых соединений. Оказалось, что эти препараты эффективны при лечении сыпного тифа, бруцеллеза, пневмонии, стафилококкового эндокардита (когда пенициллин и стрептомицин не действуют), амебиоза, трахомы.

Кроме того, были разработаны препараты, которые объединяют антимикробное действие с иммуномодулирующей активностью, например, цефодизим, который стимулирует фагоцитоз у В- и Т-лимфоцитов. Важно отметить, что З. В. Ермольева была первым человеком в Советском Союзе, который применил интерферон в 1960 г. как противовирусное средство, а также в 1962 г. в тяжелых случаях гриппа [5].

З. В. Ермольева внесла значительный вклад в развитие исследований пенициллина, разработке методов его производства и распространению этого антибиотика в Советском Союзе. Ее работа дала возможность медикам во время Второй мировой войны использовать пенициллин для лечения инфекционных заболеваний и спасать множество жизней.

Более того, получив пенициллин, были разработаны и внедрены в клиническую практику различные другие антибиотики под руководством З. В. Ермольевой, такие как стрептомицин, тетрациклин, левомецетин, эсмолин, эсмоновоциллин, бициллин, а

также комбинированные препараты антибиотиков и другие антибактериальные препараты.

Список источников

1. Каспрук Л. И., Снасапова Д. М., Жакупова Г. Т. К юбилею Зинаиды Ермольевой // Бюллетень науки и практики. – 2018. – № 3. – С. 58-63.
2. Прохоров А. М. Ермольева Зинаида Виссарионовна // Большая советская энциклопедия: в 30 т. 3-е изд. – Москва: Советская энциклопедия, 1969 – 1978.
3. Твердохлебова Т. И., Агафонова В. В. Зинаида Виссарионовна Ермольева – великий советский ученый-микробиолог и эпидемиолог // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 2021. – № 4. – С. 486-489.
4. Ермольева З. В. Пенициллин. – Москва: Медгиз, 1946.
5. Ломов Ю. М., Макаровская Л. Н., Подосинникова А. С., Воронежская Л. Г., Попова Г. О., Шербанюк А. И. Роль З. В. Ермольевой в исследованиях по особо опасным инфекциям // Антибиотики и химиотерапия. – 1998. – № 5. – С. 15-20.

КОРОТКОВА М. Н., КРИВОЩЕКОВА Д. И.

О ДЕФИЦИТЕ КАДРОВ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Одной из основных проблем современной системы здравоохранения является дефицит кадров в первичном звене. Статья рассматривает основные механизмы политики государства, направленные на решение данной проблемы, а также результаты этой политики. Источниками для исследования выступили: нормативно-правовые акты, послания Президента РФ

Федеральному Собранию, Прямая линия с президентом, выступления первых лиц государства, данные статистики, результаты социологических опросов (населения в целом и медицинского персонала в частности), мнение экспертов. В исследовании были использованы общенаучные методы, социологический опрос, контент-анализ (для выступлений первых лиц государства), системный подход. Современная модель первичного звена является компромиссно-гибридной: содержащей механизмы, как советской социальной, так и современной рыночной моделей здравоохранения. К советской модели можно отнести целевое обучение, программы «земский доктор», «земский фельдшер», принцип солидарности в оплате труда. К рыночной – подушевое финансирование, родовые сертификаты, эффективный контракт, информационные технологии. Как показал анализ, новые рыночные механизмы сыграли важную роль в повышении качества медицинских услуг. В решении кадровой проблемы наиболее эффективными оказались старые подходы. К сожалению, компромиссно-гибридная система, сложившаяся в постсоветский период, не смогла окончательно решить проблему дефицита кадров в первичном звене, несмотря на позитивные сдвиги, произошедшие в последние годы.

Ключевые слова: здравоохранение, модернизация, первичное звено, сельская медицина, Пермский край

KOROTKOVA M. N., KRIVOSHCHEKOVA D. I.

SHORTAGE OF PERSONNEL IN THE MODERN PRIMARY HEALTHCARE

Abstract. The main problem of the modern healthcare system is the shortage of personnel in the primary healthcare. The article examines the main mechanisms of state policy aimed at solving this problem, as well as the results of this policy. The article uses: regulatory legal acts, speeches of senior government officials, official statistics,

expert opinion and the results of sociological surveys, including the author's survey. The study uses general scientific methods, a sociological survey, content analysis (for speeches by senior government officials), and a systematic approach. The modern model of primary healthcare is a compromise-hybrid: containing elements of both Soviet social and modern market models. The Soviet model includes targeted education, the programs «Zemsky doctor», «Zemsky paramedic», and the principle of solidarity. The market model includes per capita financing, maternity certificates, effective contract, and informatization. As the analysis showed, new market mechanisms have played an important role in improving the quality of medical services. The old Soviet mechanisms made the greatest contribution to solving the problem of personnel shortage. Unfortunately, the compromise-hybrid system that developed in the post-Soviet period could not finally solve the problem of personnel shortage, despite the positive changes that have occurred in recent years.

Keywords: healthcare system, modernization, primary healthcare, rural medicine, Perm Region programs

Одной из основных проблем современной системы здравоохранения является дефицит кадров в первичном звене [1]. Для решения этой проблемы государство использует механизмы, соответствующие духу времени, а именно: децентрализацию, частную инициативу, конкурентную среду и т.д.

Оценки эффективности данных методов разнятся, – в зависимости от подхода исследователей, – либерально-рыночного или социально-ориентированного толка. Первые рассматривают результаты политики государства с точки зрения экономической целесообразности (оптимизации затрат) [2, 21]. Вторые – демографических успехов [3–4]. Целью статьи является комплексная оценка усилий правительства в решении вопроса дефицита кадров в первичном звене системы здравоохранения (с разных точек зрения) с учетом последних статистических данных, мнения медицинских работников и граждан России.

Источниками для написания статьи выступили: нормативно-правовые акты, выступления первых лиц государства, данные статистики, результаты социологических опросов (населения в целом и медицинского персонала в частности), мнение экспертов.

В исследовании были использованы общенаучные методы, социологический опрос, контент-анализ (для выступлений первых лиц государства), системный подход.

Первичное звено является одним из основных приоритетов развития здравоохранения. Об этом сказано в посланиях Президента Федеральному Собранию (ФС) РФ в 1999, 2005–2006, 2009–2010, 2013, 2016, 2018, 2019–2021 гг.; Прямой линии Президента в 2005–2007, 2009–2010, 2017–2019, 2021 гг. и т.д.

Этапы развития первичного звена. В развитии первичного звена здравоохранения постсоветского периода можно выделить три этапа. Первый этап связан с началом масштабной модернизацией советского общества в целом. Второй этап – с запуском национального проекта «Здоровье» (2006 г.). Третий этап – с непосредственной модернизацией первичного звена (2019 г.).

Механизмы решения вопроса дефицита кадров. К ним можно отнести: 1) техническое переоснащение учреждений; 2) внесение корректировок в образовательный процесс; 3) привлечение специалистов с помощью материальных стимулов; 4) вложение средств в мобильную, цифровую медицину.

Существующий дефицит кадров должен быть решен в условиях экономии ресурсов. Лучшим способом является интенсификация/рост производительности труда [5–6].

Подушевое финансирование. Подушевое финансирование воплощает собой принцип «деньги следуют за пациентом»: потребитель/пациент имеет право выбрать поставщика услуг/медицинскую организацию, которая станет конечным получателем его страховых денег. Чем больше пациентов – тем больше денег у организации. Начисление денег не зависит от количества предо-

ставляемых услуг, что, по идее, должно приводить к двум параллельным результатам. Во-первых, к стимулированию организаций к профилактической работе (чем больше здоровых пациентов – тем меньше посещений и больше средств у организации на счету). Во-вторых, к сокращению издержек государства. К плюсам подушевого финансирования можно отнести частичное решение вопроса оттока кадров за счет реализации (советского) принципа солидарности (сокращения разницы в оплате одной и той же услуги в разных регионах страны) [7].

Родовые сертификаты. Родовые сертификаты (с 2005 г.) действуют по тому же принципу, что и подушевое финансирование. Беременной предоставляется выбор женской консультации, родильного дома, поликлиники. Государство и эксперты высоко оценивают результаты внедрения родовых сертификатов. К ним относят трехкратное снижение младенческой смертности за последние 30 лет [8].

Эффективный контракт. Производительность труда медицинского персонала стимулируется специальными выплатами. Размер стимулирующих выплат зависит от финансирования организации. Финансирование, в свою очередь, – от количества прикрепленных пациентов. Данная система получила название «эффективного контракта». Дополнительной задачей эффективного контракта является повышение качества медицинских услуг. Государство положительно оценивает результаты внедрения эффективного контракта. Основным достижением является значительное увеличение заработной платы [9].

Информационные технологии. Развитие инновационных информационных технологий является одним из основных приоритетов социально-экономической политики России. Информационные технологии призваны повысить качество медицинских услуг и решить вопросы, связанные с дефицитом кадров.

Телемедицина, использующая интернет, спутниковую и другие виды связи, помогает проводить диагностику, консультации и помощь в лечении заболевших на месте без физического

присутствия специалистов.

Информационные технологии призваны оптимизировать время работы врача (сократить время на работу с бумагами и увеличить время, направленное на непосредственное взаимодействие с пациентом).

Внедрение информационных технологий идет очень быстро, характеризуется широким охватом [10], высоко оценивается медицинским сообществом и экспертами.

Целевое обучение. Одним из самых эффективных механизмов решения проблемы дефицита кадров, как с точки зрения государства, так и экспертов, является целевой набор (прием абитуриентов за счет средств организации, – регионального органа власти или учреждения, – с обязательным сроком отработки). Целевой набор считается единственной альтернативой советской системе распределения кадров [9].

«Земский доктор» и «земский фельдшер». Нарботки советской системы здравоохранения активно используются для решения проблемы дефицита кадров в сельской местности [11]: речь идет о материальном стимулировании с помощью таких программ, как «земский доктор» и «земский фельдшер».

Земские программы направлены на предоставлении единовременных выплат, повышение заработной платы, обеспечение жильем. Благодаря им на работу за последние годы были привлечены более 50 тыс. специалистов [12]. Основной поток пришелся на малые города [9].

Мобильная медицина. Мобильная медицина представляет собой передвижные формы работы («патрули», «бригады» ...), направленные на оказание помощи в небольших поселениях (менее 100 человек). В 2021 г. Мобильными бригадами было осуществлено более 81,2 тыс. выездов, осмотрено более 2,36 млн человек [13].

Официальная статистика. Согласно данным Росстата, в 2008–2022 гг. в системе здравоохранения увеличилась потребность в работниках-специалистах как высшего, так и среднего

уровня квалификации (с 6,4% до 10,5; с 4,0% до 5,7% соответственно). *Прим.:* в статистике специалистов в 2008–2014 гг. учитывались не только специалисты системы здравоохранения, но и сферы биологических и сельскохозяйственных наук [14].

Согласно данным ЕМИСС (официальной Единой межведомственной информационно-статистической системы) и Минздрава РФ, в 2020–2023 гг. обеспеченность врачами в первичном звене увеличилась с 20,06 до 21,43 [15]. Однако снизилась укомплектованность фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) с 84,64% до 77,61% [16].

Социологические опросы. Годы реформ привели к положительной динамике мнения населения о работе системы здравоохранения в целом [17–18]. К сожалению, список нареканий остался неизменным: это дефицит кадров и недостаточность материально-технического оснащения учреждений [19].

В 2019–2024 гг. были проведены авторские опросы медицинских работников и населения Пермского региона [20]. Согласно опросу медицинских работников в 2019 г. (табл. 1) самыми эффективными механизмами решения проблемы дефицита кадров оказались целевой набор (70%), мобильная медицина (68%), земские программы и телемедицина (63%).

Таб. №1. Характеристика респондентов

Врачи	Средний и младший медицинский	Стаж работы (по специальности)		Пол		Квалификационная категория				Место работы	
		Менее трех лет работы	Более трех лет работы	Женский	Мужской	Высшая	Первая	Вторая	Нет категории	г. Пермь	Пермский регион
170	94	26	238	210	54	130	40	17	77	119	145

Согласно опросу работников ФАПов в 2024 г. (4 респондента) в сельской местности сегодня активно используются воз-

возможности телемедицины (75% – консультации со специалистами) и мобильных передвижных комплексов (75%). Половина респондентов (50%) получает стимулирующие выплаты.

Жители сельской местности (26 респондентов) оценивают работу ФАПов, как «нормальную» (42%) и «удовлетворительную» (31%). Большинство говорит о своевременности получения медицинских услуг (73%). Среди пожеланий, – улучшение материально-технического состояния учреждений и увеличение штата сотрудников (в случае их отпуска или болезни).

Подводя итоги, необходимо сказать следующее. В результате реформ последних десятилетий сформировалась компромиссно-гибридная модель первичного звена: содержащей элементы, как советской социальной, так и современной рыночной моделей здравоохранения. К советской модели относится целевое обучение, земские программы и принцип солидарности в оплате труда. К рыночной – подушевое финансирование, родовые сертификаты, эффективный контракт, информационные технологии.

Рыночные механизмы стимулирования производительности труда внесли существенный вклад в решении вопроса повышения качества медицинских услуг. Советские механизмы – вопроса дефицита кадров.

Согласно статическим данным и социологическим опросам, предпринимаемые государством меры не смогли до конца решить вопрос дефицита кадров в первичном звене. Однако отношение россиян, как к системе здравоохранения в целом, так и к уровню оказываемых услуг, изменилось в лучшую сторону.

Список источников

1. Вероника Скворцова: в результате оптимизации здравоохранения никто не останется без помощи / Беседовала И. Финочка. URL: <https://tass.ru/interviews/3944526> (дата обращения: 24.02.2022).

2. Борисов Д. А. Системы и системообразование здравоохранения // Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 2. – С. 16–26.

3. Артеменко Д. А., Соколов А. А. Трансформация общественного здравоохранения России: анализ сбалансированности // Финансы и кредит. – 2017. – № 42. – С. 2498-2510.

4. Беляев С. А. О неравномерности обеспеченности врачами в федеральных округах страны в контексте процессов оптимизации в здравоохранении // Наука и практика регионов. – 2019. – № 1 (14). – С. 110–115.

5. Буранбаева Л. З., Якшимбетова Г. И. Социально-экономические приоритеты подушевого финансирования здравоохранения // Вестник БИСТ (Башкирского института социальных технологий). – 2017. – № 4 (37). – С. 70-75.

6. Кузенкова Н. Н. Выдержать конкуренцию и сохранить доступность медицинской помощи // Московская медицина. – 2017. – № 5 (20). – С. 20-22.

7. Скворцова В. Министра вызывали? / Беседовала И. Невинная // Российская газета. – 2014. – № 207. – С. 6-7.

8. Баженова А. В России за последние 30 лет достигнуто трехкратное снижение младенческой смертности // Информационное агентство ТАСС. URL: <https://tass.ru/obschestvo/529783> (дата обращения: 08.05.2023).

9. Выступление Министра Вероники Скворцовой на заседании итоговой коллегии Минздрава России // Министерство здравоохранения Российской Федерации. URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2019/04/24/11389-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoya-na-zasedanii-itogovoy-kollegii-minzdrava-rossii> (дата обращения: 08.05.2023).

10. Удельный вес организаций, использовавших информационные и коммуникационные технологии, в общем числе обследованных организаций // Федеральная служба государственной статистики (Росстат). URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/media-bank/nPDAiWs1/it1.xls> (дата обращения: 30.04.2021).

11. Егорышева И. В. Роль Наркомздрава РСФСР в развитии сельского здравоохранения в 1920-е гг. // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – 2017. – №. 1. – С. 89-91.

12. Михаил Мурашко выступил с докладом на Правительственном часе в Госдуме РФ // Министерство здравоохранения Российской Федерации. URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2022/11/23/19579-mihail-murashko-vystupil-s-dokladom-na-pravitelstvennom-chase-v-gosdume-rf> (дата обращения: 08.05.2023).

13. Доклад о результатах проведенного мониторинга состояния социально-экономического развития сельских территорий// Научный центр изучения проблем сельских территорий. URL: <https://ncselo.ru/upload/monit/Доклад%20о%20результатах%20мониторинга.pdf> (дата обращения: 08.05.2023).

14. О численности и потребности организаций в работниках по профессиональным группам // Федеральная служба государственной статистики (Росстат). URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13266> (дата обращения: 18.02.2024).

15. Обеспеченность населения врачами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (человек на 10 тыс. населения)// Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС). URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/61878> (дата обращения: 08.05.2023).

16. Укомплектованность фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий медицинскими работниками // Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС). URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/61204> (дата обращения: 08.05.2023).

17. Национальный проект «здоровье»: ожидания россиян // Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/nacziionalnyj-proekt-zdorove-ozhidaniya-rossiyan> (дата обращения: 08.05.2023).

18. Эффективность российского здравоохранения и система ОМС // Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/effektivnost-rossijskogo-zdravookhraneniya-i-sistema-oms> (дата обращения: 08.05.2023).

19. Состояние здравоохранения и самые острые проблемы этой сферы// Фонд Общественное Мнение (ФОМ). URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14202> (дата обращения: 08.05.2023).

20. Короткова М. Н. Социальная политика государства: коммерциализация системы здравоохранения в постсоветский период // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2021. – Т 10. – № 2 (35). – С. 29-32.

21. Sheiman, I., Shishkin, S., Shevsky, V. (2018). The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation // Risk Management and Healthcare Policy. – 2018. – Vol. 11. P. 209-220.

КРАСИЛЬНИКОВА О. С.

**СЛУЖЕНИЕ АРХИЕПИСКОПА ЛУКИ
(В. Ф. ВОЙНО - ЯСЕНЕЦКОГО),
ПРОФЕССОРА ХИРУРГИИ В КРАСНОЯРСКЕ
В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Аннотация. Автор обобщил направления деятельности архиепископа Луки (В. Ф. Войно-Ясенецкого) в годы Великой Отечественной войны в Красноярске. Были проанализированы следующие направления: работа в эвакогоспитале, научно-педагогическое и пастырское служение. В работе приведена статистика по истории медицины Красноярска в период с 1941 по 1943 г. – время пребывания епископа Луки в городе.

Ключевые слова: архиепископ Лука, В. Ф. Войно-Ясенецкий, Великая Отечественная война, эвакогоспиталь

KRASILNIKOVA O. S.

**SERVICE OF BISHOP LUKE
(V. F. VOYNO - YASENETSKY)
PROFESSOR OF SURGERY IN KRASNOYARSK
IN THE GREAT PATRIOTIC WAR**

Abstract. Author summarized the activities of bishop Luke (V. F. Voyno-Yasenetsky) during the Great Patriotic war in Krasnoyarsk. We are analyzed work in an evacuation hospital, scientific, pedagogical and pastoral service. We are used statistics of the history of medicine in Krasnoyarsk (1941 –1943) time service bishop Luke.

Keywords: Bishop Luka, V. F. Voyno-Yasenetsky, Great Patriotic war, evacuation hospital

Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий) оставил воспоминания, которые он диктовал ослепшим своему секретарю Е. П. Лейкфельд. В них хранятся переживания разных этапов жизни святителя Луки, богослова, ученого, доктора медицины, профессора, хирурга Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого (1877–1961). Отдельные страницы посвящены красноярскому периоду жизни пастырским и профессорским трудам. С 1941 по 1943 г. – время пребывания архиепископа Луки в Красноярске. В его масштабной деятельности можно выделить: работу в эвакогоспитале (ЭГ) № 1515 г. Красноярска, профессионально- педагогическую деятельность, пастырское служение. О себе святитель писал «Если станете описывать мою жизнь, не пробуйте разделить врача и епископа. Образ, разделенный надвое, неизбежно окажется ложным» [1, с. 8]. Автор статьи столкнулся с этой дилеммой, когда пытался определить, что было важнее для епископа Луки в годы войны? В основание анализа деятельности святителя был определен принцип целостности, который стал ключевым фактором изучения его служения. Это убеждение помогло увидеть мас-

штабы личности святителя Луки, последовательность в религиозных убеждениях и врачебной практике. Его сопровождала верность христианским принципам, жертвенная любовь к ближнему не зависимо от места пребывания будь то ссылка, заключение, архиерейская кафедра или операционный блок. Он сохранил такое отношение к службе, работе, ближнему на всю жизнь.

Епископ Лука был сослан в Красноярский край, две из трех его административных ссылок прошли на территории Красноярского края. Он был назначен главным хирургом эвакогоспиталя № 1515 г. Красноярска. В Красноярском крае действовало более 60 эвакогоспиталей. Благодаря их работе к военной службе было возвращено до 75% раненых, число умерших в госпиталях края составляло от 0,99 до 1,16% [2, с. 14].

Исследователь С. В. Кожевников обратил внимание на количество больных и раненых, поступивших во время войны в Красноярский край, в период пребывания в Красноярске В. Ф. Войно-Ясенецкого. Например, в 1941 г. в госпиталях региона лечились 22 387 человек, в 1942 г. – 99 892, в 1943 г. – 49 138, в 1944 г. – 13 464 человек. В феврале 1944 г., после отъезда профессора, произошло уменьшение количества лечившихся военных [3, с. 46]. По распоряжению профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого необходимо было определить особо тяжелые случаи ранения, чтобы начать немедленную операцию. Для этого он отправлял помощников на вокзал к санитарным эшелонам, чтобы не терять время на этапе транспортировки до эвакогоспиталя, сохраняя время для спасения жизни. За определенный период при одинаковых ранениях из десяти пролеченных в ЭГ 1515 семеро возвращались на войну [3, с. 102]. Эффективные методики нужно было распространять, поэтому еще одно направление деятельности – педагогическая работа. Обмен опытом стал важным вектором в области подготовки квалифицированных кадров. Он был хирургом-консультантом всех эвакогоспиталей Красноярского края. В 1942 г. врачи эвакогоспиталя № 3349 трижды посещали лекции Войно-Ясенецкого по гнойной хирургии. В ЭГ № 1515

профессор организовал преподавание таким образом, что с ним могли по очереди работать все врачи госпиталя. Такая последовательность быстро обучала и повышала компетенции. Врачи Красноярского края в годы войны приступили к радикальным операциям раньше остальных. Доктор медицины В. Ф. Войно-Ясенецкий читал лекции хирургам Красноярска «хирурги со всех госпиталей собирались к нему во 2-й корпус ЭГ № 1515. Профессор знакомил коллег со спецификой лечения инфицированных ран и тяжелых ранений суставов ... акцентировал внимание на важности своевременного оперативного вмешательства и на многом другом, значимом в работе тыловых хирургов» [3, с. 90]. Во время поездки в Томск в 1942 г. он прочитал тыловым хирургам доклад о поздних резекциях суставов [3, с. 106]. Святитель Лука принимал участие в конференции военных хирургов в Новосибирске 24 – 29 марта 1943 г. В мае 1943 г. епископ Лука написал письмо И. В. Сталину с просьбой издания военно-хирургического опыта «Очерки гнойной медицины». В личной переписке он сообщал, что 26 июня 1943 г. пришло письмо из издательства «Медгиз» Наркомздрава СССР с просьбой прислать рукопись для издания [4, с. 413]. Профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий внес ценные предложения по лечению осложнений после ранений. «Его научный труд по лечению огнестрельных ранений суставов стал незаменимым руководством для многих военных врачей» [5, с. 226]. В ЭГ 1515 проходили госпитальные конференции, научно-практического характера на которых разбирали истории болезней. Научные идеи находили продолжение в практике, были подготовлены доклады по 16 темам, написаны ряд научных статей по хирургии. Коллеги, работавшие с профессором, вспоминали, что молодым хирургам В. Ф. Войно-Ясенецкий назначал темы для работы над диссертациями. Хирурги, подготовленные профессором-епископом, выступили на конференции в Красноярске. Таким образом, благодаря доктору медицинских наук, профессору лечение, спасение жизни, возвращение военных в строй было организовано на научной основе.

Архиепископ Лука способствовал развитию религиозной жизни края, он добивался открытия церкви в городе. В Красноярске сохранилась маленькая церковь, в которой он служил в воскресные и праздничные дни. Дорога до храма занимала полтора часа ходьбы. Служить чином архиепископа было невозможно, не было облачения, кагора для литургии. Не хватало духовенства, архиепископу помогал один старый священник [6, с. 151]. Красноярский Владыка большое значение уделял проповедям, т.к. чувствовал духовные потребности прихожан. Он добавлял в наставления призывы к патриотизму и приглашал паству по возможности откликнуться на нужды фронта. Несмотря на трудности, Красноярская епархия приняла участие в общецерковном сборе на сооружение танковой колонны им. Димитрия Донского, жертвовала средства в пользу соотечественников, пострадавших от немецкой оккупации. Архиепископ Лука вносил на эти нужды личные средства [3, с.147].

В Красноярске епископ Лука познакомился с Н. П. Пузыным, состоял с ним в дружеской переписке. Он сообщал другу разные подробности: о переписке с митрополитом Сергеем, о работе в госпитале, о приеме больных, об операциях, о напряженном графике работы хирурга до девяти часов и четырех-пяти операциях в день [4, с. 412]. В письме к сыну Михаилу (март 1943 г.) он описывал служение Богу как самую большую радость, святыню и первейшим долг [4, с. 413].

Красноярский период архиепископа Луки связан с трудностями Великой Отечественной войны. Он продолжил свое служение и как хирург, и как пастырь, оставался требовательным и дисциплинированным по отношению к себе. Доминантами служения святителя Луки стали безграничное милосердие, любовь к ближнему, своим примером он демонстрировал христианские добродетели. Архиепископ не разделял светское и церковное, одинаково помогал и сострадал каждому и как врач, и как пастырь, преданно служил медицине и религии без разделения «на врача и епископа». Он оставался внимательным, чутким, терпеливым и

доброжелательным в любой ситуации. Врач для святителя – это не только профессионал, в его образ он вкладывал духовное понимание призвания, обязательное сострадание пациенту «... сердце у него трепещет не только в прямом, но и переносном смысле...» [7, с. 175]. Жертвенный подвиг хирурга-епископа по лечению и спасению жизней Священный Синод приравнял к архиерейскому служению [6, с. 149-150].

Святитель Лука в период Красноярского служения внес значительный вклад в военную медицину Сибири, страны и в мировой медицинский опыт. Велика его роль в духовно-нравственном просвещении горожан, многогранная личность Владыки воспитывала тех, кто находился рядом с ним. В своей переписке с сыном 1943 г. он сообщал, что в церкви на кладбище, где он служил собирается двести, триста человек, а церковь может вместить не более пятидесяти прихожан. Его бескорыстные труды, внимание и уважение к каждому человеку составляли суть его служения. Духовный феномен святителя Луки основан на подвижническом служении Богу и ближнему. Его жизнь, профессиональная деятельность дает поводы для анализа с позиций аксиологического подхода. Многочисленные примеры преданного служения науке задают высокие нравственные идеалы. Синергический эффект служения науке и религии принес ощутимые результаты в практической медицине, сохранился в медицинском, духовно-религиозном и философском наследии профессора-епископа.

Благодарные жители Красноярска увековечили память архиепископа Луки. В 1998 г. была открыта мемориальная доска на здании школы № 10 им. Ю. А. Овчинникова, в котором в годы войны располагался эвакогоспиталь № 1515. В 2005 г. в школе открыли школьный краеведческий музей, посвященный Красноярскому епископу «Святитель Лука (Войно-Ясенецкий)». В ноябре 2002 г. в городе был открыт памятник святому архиепископу Луке (скульптор Б. Мусат) [8]. В 2007 г. Красноярской государственной медицинской академии (с 2008 г. университет) было

присвоено имя профессора Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого.

Список источников

1. Глушечков В. А. Святитель Лука – взгляд в будущее. – Ростов-на-Дону: Ростовская епархия, 2007. – 429 с.

2. Труфакин В. А., Якобсон Г. С. Сибирские медики в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. // Бюллетень СО РАМН. – 2005. – №2 (116). – С. 8-18. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sibirskie-mediki-v-velikoy-otechestvennoy-voyne/viewer> (дата обращения 14.01.2024).

3. Кожевников С. В. Красноярский период (1941 – 1944) жизни и деятельности святителя Луки (хирурга В. Ф. Войно-Ясенецкого). – Красноярск: ООО «Типография КАСС», 2020. – 260 с.

4. Лисичкин В. А. Крестный путь святителя Луки подлинные документы из архивов КГБ. – Москва: Издательство Московской патриархии. Феникс, 2001. – 445 с.

5. Палин А. В. Медицина Советского Союза в годы Великой Отечественной войны // История медицины: учебник/ коллектив авторов; под общей редакцией А.В. Палина. – Москва: КНОРУС, 2024. – С. 221-231.

6. Святитель Лука Крымский (Войно-Ясенецкий). Я люблю страдание. Автобиография. – Москва: Сибирская благовонница, 2015. – 151 с.

7. Демьяненко И. А., Сухарева И. А., Петров Д. С. Духовно-нравственные основы жизни святителя Луки // Таврический медико-биологический вестник. – 2018. – Том 21, № 1. – С. 173-179.

8. Святой Лука Войно-Ясенецкий // ЦБС им. Н. Островского; авторы-составители: Кошарская А. В., Рыжкова И. В. О чем рассказывают памятники. – Красноярск: Красноярский писатель, 2006. – С. 16-24. URL: <https://ostrovlib.ru/index.php/polzovatelyam/194-kraevedenie/pamyatniki-krasnoyarska/541->

ramyatnik-vojno-yasenetskomu-svyatitelyu-luke (дата обращения 22.01.2024).

КУЗНЕЦОВА О. В., ШАНГИНА О. А., ШЕЛИХОВ В. Г.,
БАТУЕВА Н. И., ЗИМИН И. А., ВОРОНКОВА А. В.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ЛЕГКИХ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Аннотация. Авторами представлено собственное наблюдение клинического случая пациентки 53-х лет, имеющей в анамнезе новую коронавирусную инфекцию (вирус не идентифицирован) с развитием тяжелой двусторонней полисегментарной пневмонией с формированием тяжелого абсцесса верхней доли. В описываемом клиническом случае обращает на себя внимание отсутствие у пациентки каких-либо отягощающих анамнез заболеваний, которые могли бы способствовать формированию абсцесса, трудности лечения. Многочисленные госпитализации с применением антибактериальных препаратов в высокой терапевтической дозе из различных фармакологических групп, начиная с бета-лактамов и заканчивая респираторными фторхинолонами и аминогликозидами, в сочетании с патогенетической терапией способствовали клиническому и рентгенологическому разрешению абсцесса.

Ключевые слова: абсцесс верхней доли правого легкого, новая коронавирусная инфекция, пневмония

KUZNETSOVA O. V., SHANGINA O. A., SHELIKHOV V. G.,
BATUEVA N. I., ZIMIN I. A., VORONKOVA A. V.

DIAGNOSTIC AND TREATMENT DIFFICULTIES LUNG ABSCESS AS AN EXAMPLE CLINICAL CASE

Abstract. The authors present their own observation of a clinical case. The patient, aged 53 years, 53 years old, had a history of a new coronavirus infection (the virus has not been identified), developed severe bilateral polysegmental pneumonia with the formation of a severe upper lobe abscess. In the described clinical case, attention is drawn to the absence of any aggravating medical history in the patient, which could contribute to the formation of an abscess, and treatment difficulties. Numerous hospitalizations with the use of antibacterial drugs in a high therapeutic dose from various pharmacological groups, starting with beta-lactams and ending with respiratory fluoroquinolones and aminoglycosides, in combination with pathogenetic therapy, contributed to the clinical and radiological resolution of the abscess.

Keywords: abscess of the upper lobe of the right lung, new coronavirus infection, pneumonia

По данным Роспотребнадзора заболеваемость внебольничной пневмонией в Кемеровской области в 2021 г. составила 33 678 случаев на 100 тыс. населения. По статистическим данным среди пациентов, переболевших коронавирусной инфекцией, внебольничная пневмония выявлена в 15 226 случаев на 100 тыс. населения. Весь перечень возбудителей внебольничной пневмонии включает более 100 микроорганизмов (бактерии, вирусы, грибы, простейшие). Из них *S. pneumoniae* – самый частый возбудитель, на его долю приходится до 30–50% случаев. *M. pneumoniae* и *C. pneumoniae* – 20–30% случаев. Существенное значение в этиологии внебольничной пневмонии имеют атипичные микроорганизмы (*Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*), доля которых суммарно составляет от 8 до 30% случаев заболевания. *K. pneumoniae* и *E. coli* (реже других представителей *Enterobacterales*) выявляют в 3–5% [1,6].

Нами был проведен разбор клинического случая пациентки М., находившейся на лечении с 07.10.2021 г. по 21.10.2021 г. в

пульмонологическом отделении ГАУЗ ККБСМП им. М. А. Подгорбунского г. Кемерово, с внебольничной пневмонией, осложненной абсцедированием.

Пациентка М., 1953 года рождения, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на продуктивный кашель с отхождением гнойной мокроты, хрипы в груди, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, выраженную слабость. Из анамнеза известно, что впервые жалобы на слабость, одышку, аносмию, повышение температуры тела до 39⁰С, непродуктивный кашель появились 03.07.2021 г. Обратилась за медицинской помощью в красную зону поликлиники №5 имени Л. И. Темерхановой, где был выставлен диагноз ОРВИ легкой степени тяжести. Внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония? В лечении на амбулаторном этапе рекомендовано: арбидол по 200 мг 4р/д, флуифорт по 15 мл 3р/д, ибупрофен при повышении температуры тела выше 38,0⁰С. При проведении рентгенографии ОГК от 08.07.2021г. выявлена двусторонняя полисегментарная пневмония. Пациентка была госпитализирована в ГАУЗ ККИБ, где на основании жалоб, анамнеза, данных физикального обследования, лабораторных и инструментальных данных был выставлен диагноз: Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус не идентифицирован от 09.08.2021г., тяжелой степени тяжести. Внебольничная пневмония двусторонняя полисегментарная, КТЗ. Дыхательная недостаточность 2, смешанного генеза. Во время госпитализации проводилось МСКТ ОГК в динамике. МСКТ ОГК от 08.07.2021 г. КТ-признаки двусторонних интерстициальных изменений в легких. МСКТ ОГК от 02.08.2021 г. КТ-картина с отрицательной динамикой. В S1, S2 правого легкого выявлены полости деструкции до 25 мм в диаметре. МСКТ ОГК от 20.08.2021г. было выявлено увеличение полости деструкции до 95 мм с появлением горизонтального уровня жидкости. В стационаре проводилась следующая терапия: цефтриаксон 2 грамма 2 р/д в/м, далее цефотаксим 2,0 мл 3р/д в/м, с заменой на левофлоксацин 500 мг 2р/д, дексаметазон по 8 мг 2р/д в/м,

эниксум по 4000 МЕ 2р/д п/к, в заключение – антибактериальная терапия карбапенемом-меропенем 1,0 гр 3р/д в/в капельно. На фоне проводимой терапии отмечена нормализация температуры тела, однако кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты и одышка сохранялись. Пациентка была выписана на амбулаторный этап. Через день после выписки из стационара появилась отрицательная динамика в самочувствии в виде лихорадки до 38,4⁰С, выраженная слабость и потливость. 25.08.2021 г. больная госпитализирована в ГАУЗ ККГВВ, где при проведении МСКТ ОГК от 08.09.2021г. описывают в верхней доле правого легкого две крупные полости размером 92 мм и 57 мм. Была осмотрена торакальным хирургом с рекомендациями продолжать консервативную терапию. Проводимое лечение: антибактериальная терапия: амикацин 0,1 грамм 1р/д в/в в сочетании с цефепимом 2 грамма 2р/д в/в, амброксол по 30 мг 3р/д, дексаметазон 20 мг 1р/д в/в, гепарин 5000 ЕД 3р/д п/к. На фоне проводимой терапии достигнута положительная динамика в виде нормализации температуры тела, сатурация 94–96% без кислородной поддержки. Пациентка была выписана на амбулаторный этап. В связи с сохранением жалоб после выписки, обратилась к пульмонологу в поликлинику ГАУЗ ККБСМП имени М. А. Подгорбунского, где было дано направление на плановую госпитализацию в пульмонологическое отделение. При поступлении в пульмонологическое отделение ГАУЗ ККБСМП имени М. А. Подгорбунского: Состояние средней степени тяжести, обусловленное синдромами дыхательной недостаточности, бронхитическим, интоксикационным. Т тела – 37,6⁰С. Сознание ясное, положение легочного ортопноэ. Грудная клетка гиперстеника. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. ЧДД 18 в минуту. Сатурация – 97%. При перкуссии: справа по задней поверхности в надлопаточной области, верхушки легкого справа тимпанический перкуторный звук. Дыхание везикулярное по всем полям, на верхушке правого легкого, в надлопаточной области справа амфорическое дыхание

с единичными влажными хрипами. Тоны сердца при аускультации ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст., пульс правильного ритма, частотой 89 уд/мин. Физиологические отправления не нарушены. Параклинические исследования: ОАК – лейкоциты – $9,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 33 мм/ч, гемоглобин 114 г/л. СРБ – 48 мг/л. Прокальцитонин – 0,22 нг/мл. КЩС (артерия) – рН – 7,51, рО₂ – 59,4 ммHg, НСО₃-act – 30,7 ммоль/л, НСО₃-std - 31 ммоль/л, ctCO₂ – 31,9 ммоль/л, sO₂ – 93%. Клинический анализ мокроты – цвет – желтый, характер – слизисто-гнойная, консистенция – вязкая, лейкоциты – большое, эпителий плоский – значительно. Исследование мокроты на микрофлору – выделена культура *Escherichia coli* 10⁶.

По спирографии – ЖЕЛ 2,26-3,09-73%, ОФВ1 2,58-2,55-101%, ОФВ1/ФЖЕЛ 87,9%. ЖЕЛ умеренно снижена. Нарушений трахеобронхиальной проводимости не выявлено. Трахеобронхоскопия – двусторонний диффузный эндобронхит I степени интенсивности воспаления. МСКТ ОГК в динамике от 13.10.2021 г. – на верхушке справа определяются две крупные воздушные полости до 58 мм в поперечнике – вероятно две воздушные буллы, и две более мелкие буллы до 13 мм в поперечнике. После проведенного антибактериальной, бронхолитической, дезинтоксикационной терапии у пациентки отмечалась положительная динамика в виде нормализации температуры тела, купирования дыхательной недостаточности (сатурация без кислородной поддержки 97–98%), бронхитического синдрома. Больная выписана на амбулаторный этап в стабильном состоянии. Легочные нагноения представляют собой тяжелые патологические состояния, характеризующиеся воспалительной инфильтрацией и последующим гнойным или гнилостным распадом (деструкцией) легочной ткани в результате воздействия инфекционных возбудителей. К нагноительным заболеваниям легких относятся абсцесс легкого, гангрена легкого, бронхоэктатическая болезнь, нагноившаяся киста легкого, так называемая «абсцедирующая пневмония» [2].

Абсцесс легкого является патологическим процессом, характеризующимся наличием более или менее ограниченной гнойной полости в легочной ткани, которая является результатом инфекционного некроза, деструкции и расплавления последней. Эта гнойная полость отграничена от непораженных участков пиогенной капсулой [2]. Ряд возбудителей внебольничной пневмонии могут вызвать деструкцию легочной ткани. Больше всего это характерно для таких возбудителей, как *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* и *Klebsiella pneumoniae*, значительно реже – *Streptococcus pneumoniae* и гемолизирующий стафилококк [3, 4]. В нашем примере клинического случая у пациентки была выделена культура *Escherichia coli* 10⁶. Легочные нагноения возникают при следующих условиях: наличие возбудителя инфекции, нарушение бронхиальной проходимости, нарушение микроциркуляции, изменение реактивности организма. Фактором, предшествующим абсцессу и меняющим реактивность организма, в большинстве случаев является пневмония [1]. У данной пациентки имелась в анамнезе неподтвержденная новая коронавирусная инфекция тяжелого течения, которая привела к развитию тяжелой внебольничной полисегментарной пневмонии. Бронхогенное, гематогенное или лимфогенное инфицирование легочной ткани вызывает воспаление паренхимы и мелких бронхов. Нарушение проходимости мелких бронхов из-за спазма, отека или обтурации секретом ведет к ателектазу участков легкого. Инфильтрация и прогрессирующий отек тканей вследствие воспаления ведет к сдавлению воспалительным инфильтратом мелких кровеносных сосудов и капилляров, что сопровождается расстройством кровообращения в воспаленном безвоздушном участке легкого. Нарушение кровообращения легочной ткани происходит вследствие токсического воздействия продуктов жизнедеятельности микробов, воспаления на стенки капилляров с поражением их структур, изменения нервной регуляции кровообращения и трофики легочной ткани. В результате этих механизмов в легком, а также сдавлении

мелких сосудов и капилляров наступает резкое замедление циркуляции крови, доходящее до стаза и тромбоза кровеносных сосудов с возникновением некрозов участков легочной паренхимы. Инвазия в омертвевшие участки легкого патогенной микрофлоры непосредственно из obturated бронха, из верхних дыхательных путей и полости рта, лимфогенно или гематогенно приводит к начинающемуся гнойному или гнилостному распаду участков омертвевшего легкого. Преобладание элементов некроза или гнойного расплавления предопределяет развитие заболевания по типу абсцесса или гангрены легкого, что во многом зависит от состояния реактивности организма больного [5]. Течение острого абсцесса и гангрены легкого разнообразно. В литературных данных выделяют пять вариантов течения заболевания [6].

I вариант. Выраженное фазное течение заболевания: 1-я фаза – нарастающая клиническая картина пневмонии и тяжелой интоксикации; 2-я фаза – прорыв в бронхи гнойного содержимого с резким усилением кашля и отделением большого количества гнойной мокроты; 3-я фаза – уменьшение выраженности интоксикации и интенсивности кашля с отделением мокроты.

II вариант. Стабильно тяжелое длительное (2–3 недели) течение с постепенным нарастанием частоты кашля, увеличивающимся количеством отделяемой гнойной или гнилостной мокроты и возможным присоединением осложнений.

III вариант. Постепенное уменьшение выраженности пневмонии, прерывающееся резко нарастающей интоксикацией, усиливающимся кашлем с отделением гнойной или гнилостной мокроты, присоединением осложнений.

IV вариант. Уменьшение выраженности пневмонии, интоксикации, урежение кашля с незначительным количеством гнойной мокроты и быстрым появлением в легких полостей с незначительными уровнями жидкости.

V вариант. Быстро прогрессирующее течение процесса, тяжелая интоксикация с резким увеличением количества гнойной или гнилостной мокроты, присоединением осложнений.

Клинические проявления абсцесса легкого прослеживаются от 2 недель до 3 месяцев и более [6]. Клиническая картина разделяется на 2 этапа: 1 этап – до прорыва абсцесса в бронх; 2 этап – после прорыва абсцесса в бронх [5, 6]. На 1 этапе характерна клиническая картина пневмонии: повышение температуры тела до фебрильных цифр, проливной пот при повышении температуры тела, боли в грудной клетке при глубоком вдохе, сухой или с небольшим количеством мокроты кашель, иногда при кашле отмечается кровохарканье [5, 6]. При физикальном обследовании больного видим: укорочение перкуторного звука на стороне поражения, ослабление дыхания, дыхание становится жестким, вплоть до бронхиального, отставание пораженной половины грудной клетки в дыхании, усиление голосового дрожания, появление хрипов и крепитации [5, 6]. Иногда наблюдается симптом Крюкова – болезненность при пальпации и перкуссии участка грудной клетки над формирующимся абсцессом [5]. На 2 этапе при прорыве абсцесса в бронх отмечается обильное отхождение гнойной мокроты «полным ртом», температура тела на данном этапе может нормализоваться. Прохождение гноя через бронхиальное дерево может сопровождаться развитием гнойного бронхита, при этом отмечается обильное отхождение мокроты в течение длительного времени. Состояние таких больных может оставаться тяжелым [5]. При физикальном обследовании: укорочение перкуторного звука может исчезать, при крупном абсцессе появляется тимпанический перкуторный звук, при аускультации амфорическое дыхание с разнокалиберными влажными хрипами над абсцессом [5, 6].

Таким образом, после длительного лечения антибиотиками широкого спектра действия, применения бронхолитической терапии удалось достичь положительных результатов в клинико-

рентгенологической картине без применения хирургических методов лечения. Данный клинический случай демонстрирует, что, несмотря на современные методы диагностики и лечения, проблема тактики лечения нагноительных процессов в легких не теряет своей актуальности и по сей день.

Список источников

1. Нарышкина С. В., Коротич О. П., Круглякова Л. В. Клиническая пульмонология: учебное пособие. – Благовещенск: Амурская государственная медицинская академия, 2010. – 144 с.
2. Трисветова Е. Л. Нагноительные заболевания легких: учебно-методическое пособие. – Минск: БГМУ, 2016. – 36 с.
3. Пульмонология: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 800 с.
4. Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у взрослых». Разработчики клинической рекомендации: Российское респираторное общество, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. – Москва, 2021.
5. Гнойные заболевания легких и плевры: учебно-методическое пособие / под ред. А. В. Петухова – Витебск, 2016. – 72 с.
6. Респираторная медицина: в 2 т. / под ред. А. Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – Т.1. – 800 с.
7. Каленчиц Т. И., Кабак С. Л., Примак С. В., Н.М. Шириналиев Н. М. Абсцесс легкого как осложнение COVID-19-пневмонии: клинический случай // Туберкулез и болезни легких. – 2021. – Т. 99, №12. – С. 7-12.

МЕРЗЛЯКОВА П. В.

**АНАЛИЗ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПИТАНИЮ ДЛЯ
ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ФАКТОРА РИСКА СОКРАЩЕНИЯ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ И ВЫЯВЛЕНИЕ
КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТКЛОНЕНИЯ
ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ**

Аннотация. Статья посвящена анализу российских и зарубежных рекомендаций по питанию для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и сравнению фактического питания населения РФ с данными рекомендациями.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, питание, рекомендации, фактическое питание населения РФ

MERZLYAKOVA P. V.

**ANALYSIS OF NUTRITIONAL RECOMMENDATIONS FOR
THE PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES AS
A RISK FACTOR FOR SHORTENING LIFE EXPECTANCY
AND IDENTIFICATION OF MAIN INDICATORS
OF DEVIATIONS IN THE ACTUAL NUTRITION OF THE
POPULATION OF THE RUSSIAN FEDERATION**

Abstract. The article is devoted to the analysis of Russian and foreign nutritional recommendations for the prevention of cardiovascular diseases and a comparison of the actual nutrition of the population of the Russian Federation with these recommendations.

Keywords: cardiovascular diseases, nutrition, recommendations, actual nutrition of the population of the Russian Federation

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной заболеваемости и смертности во всем мире. Всего умерших за 2021 г. в России 2 441 594 человек, из которых по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы умерло 1 940 142 человек, что составляет 79,46% [1]. В 2022 г. этот показатель вырос на 1,2% [2]. В 2022 г. от болезней системы кровообращения скончалось 43,8% от общего числа умерших за 2022 г., от цереброваскулярных болезней 13,11%, от ишемической болезни сердца 23,75 % (рис.1). Из всех причин смертей на долю болезней сердечно-сосудистой системы приходится 80,66% [2].

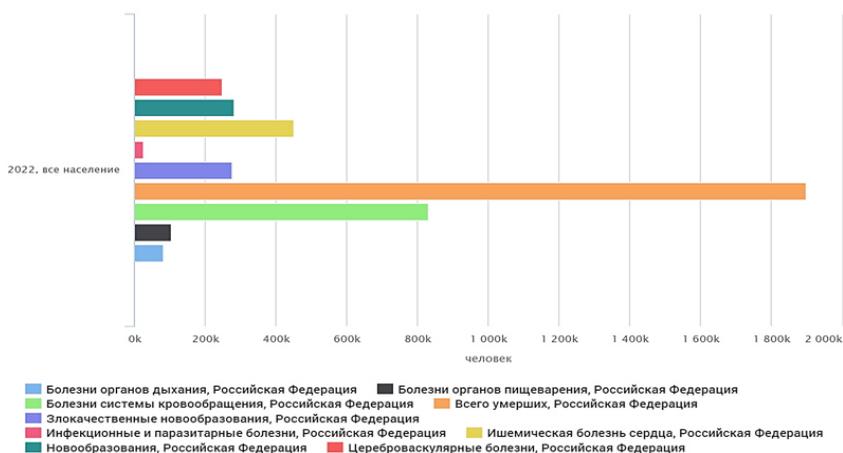


Рис. 1. Число умерших по отдельным классам за 2022 год [2]

Одним из факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний является нездоровый несбалансированный рацион питания [3]. Рекомендации по питанию для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [4, 7–10] предлагают увеличить потребление растительной пищи – это основа рациона для здоровья сердца. Ежедневно следует потреблять более 400 г овощей, зелени, фруктов и ягод (кроме картофеля и крахмалсодержащих плодов). Это источник пищевых волокон, антиоксидантов, калия, магния, ви-

таминов, которые оказывают благоприятное воздействие на состояние сосудистой стенки, а также и фитостеролов (станолы и стеролы), которые конкурируют с холестерином в процессе всасывания из кишечника. Рекомендуемая суточная норма фитостеролов 300 мг, со специализированными пищевыми продуктами – до 2 г. Рекомендуется употреблять углеводы преимущественно из цельнозерновых продуктов, такие продукты богаты пищевыми волокнами, витаминами и минеральными веществами. Также необходимо сократить потребление рафинированных углеводов и сахара до 10% от суточной калорийности, стремиться к 5%.

Разнообразить рацион белковыми продуктами, сочетая морепродукты, нежирное мясо, птицу, яйца, бобовые культуры и орехи. Необходимо ограничить до минимума употребление жирного обработанного мяса – это колбасы, бекон, сосиски. В таких продуктах содержится больше количество соли, насыщенных и транс-жиров. Количество насыщенных жиров в рационе не должно превышать 10 % от суточного рациона, при суточной калорийности рациона в 2500 ккал это 28 г. А соль рекомендуется сократить до 5 г в сутки (оптимально до 3 г в сутки). Необходимость внимательно изучать состав готовых пищевых продуктов и полуфабрикатов, чтобы избежать чрезмерного употребления насыщенных жиров, соли и сахара. Так как обработанные продукты богаты так называемой скрытой солью и сахаром. Важно помнить, что добавленным сахаром, кроме сахара-рафинада, считается концентрированные фруктовые соки, сиропы, мед. А замена сахара подсластителями не несет пользы здоровью.

Относительно алкоголя в рассмотренных рекомендациях мнения разделились. Российское кардиологическое общество, American Heart Association и European Society of Cardiology рекомендуют полностью исключить алкоголь, либо в случае невозможности это сделать сократить потребление до 100 г в неделю. European Association of Preventive Cardiology и American College of Cardiology разрешают красное вино в умеренных количествах, опять же сколько конкретно не указано. Международное

агентство по изучению рака относит этанол к 1 группе – доказанных канцерогенных факторов для человека. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) утверждает, что безопасной дозы алкоголя не существует.

Ниже будут приведены и обобщены ключевые отклонения

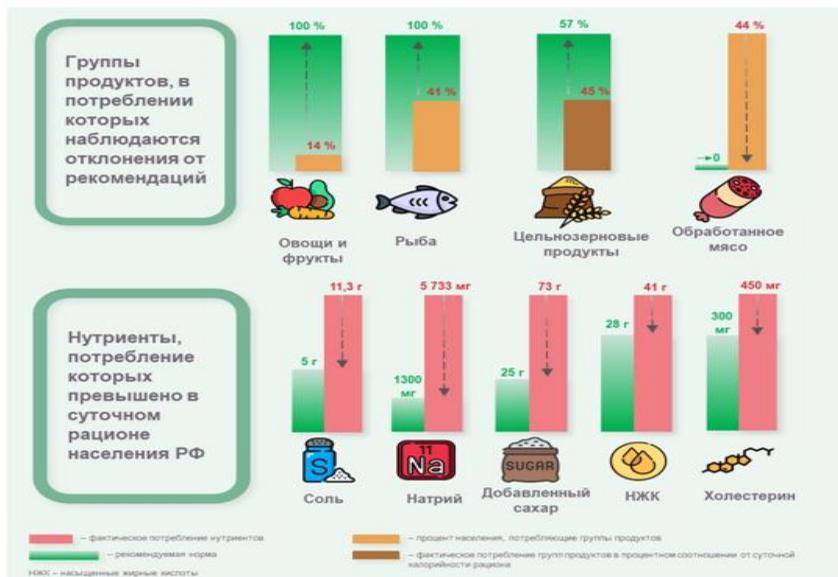


Рис. 2. Ключевые отклонения в фактическом питании населения РФ от рекомендаций по питанию для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

фактического питания населения РФ [5, 6] от рекомендаций по питанию для здоровья ССЗ (рис. 2). Всего 14 % населения России потребляют более 400 г фруктов и овощей (за исключением картофеля) в день. Есть существенный недостаток углеводов, особенно цельнозерновых, доля углеводов в здоровом рационе питания должна составлять 56–58 %, фактическое же потребление составляет 45 %. Потребление добавленных сахаров превышает ре-

комендуемую норму на 23– 48 г и составляет 73 г/сут. Около половины населения (44 %) на ежедневной основе потребляют обработанное мясо (вареные колбасы, сосиски). Копченые мясные изделия ежедневно или несколько раз в неделю потребляют 14% опрошенных, копченую птицу около 6%. Ежедневно или несколько раз в неделю потребляют рыбу только 41 % населения. Зато в суточном рационе заметно значительное превышение потребления НЖК и жиров в целом. Фактическое потребление насыщенных жиров превышает норму на 13 г/сут и составляет 41 г. А общая калорийность жиров в суточном рационе превышает на 10 % от рекомендуемой нормы и составляет 40 %. Отмечаются значительные превышения потребления холестерина – 450 мг, при норме 300 мг в сутки, а также добавленной соли почти в два раза и составляет 11,3 г в сутки, при норме до 5 г.

Таким образом, с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у россиян необходимо увеличить потребление разнообразных овощей, фруктов, ягод, зелени, а также цельнозерновых продуктов и рыбы. Следует ограничить потребление обработанных мясных изделий, кондитерских изделий, а также соли и продуктов, богатых ею (соусы, консервированные продукты, соленые снеки).

Список источников

1. Федеральная служба государственной статистики. Демография: официальный сайт. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения 19.12.2023).
2. ЕМИСС Государственная статистика. Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти за год: официальный сайт. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/31620> (дата обращения: 19.12.2023).
3. Всемирная организация здравоохранения. Сердечно-сосудистые заболевания: офиц. сайт. URL: <https://www.who.int/ru/>

news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)(дата обращения: 25.01.2024).

4. Бойцов С. А., Погосова Н. В., Аншелес А. А. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные Рекомендации // Российский кардиологический журнал. – 2023. – Т. 28, № 5. – С. 119-249.

5. Федеральная служба государственной статистики. Выборочное наблюдение рациона питания населения 2018 г. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/food18/index.html (дата обращения: 05.01.2024).

6. Федеральная служба государственной статистики. Выборочное наблюдение состояния здоровья населения 2023 г. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor23/PublishSite_2023/index.html (дата обращения: 05.01.2024).

7. Frank L. J., François M., Yvo M. S. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // European Heart Journal. – 2021. – Vol. 42. – No. 34 – P. 3227-3337

8. Lichtenstein A.H., Appel L. J., Vadiveloo M. et al. 2021 Dietary Guidance to Improve Cardiovascular Health: A Scientific Statement from the American Heart Association // Circulation. – 2021. – Vol. 144. – No. 23. – P. 472-487.

9. Healthy-Heart. Heart-friendly diet. URL: <https://www.healthy-heart.org/keep-your-heart-healthy/heart-friendly-diet/> (дата обращения: 20.12.2023).

10. CardioSmart American College of Cardiology. Healthy Habits Protect Your Heart. URL: <https://www.cardiosmart.org/topics/healthy-living/assets/fact-sheet/healthy-habits-protect-your-heart> (дата обращения: 20.12.2023).

МИНГАЗОВ И. Ф., НОВИКОВА И. И.,
МИХЕЕВ В. Н., ПОЛЯКОВ А. Я.

**ОПИРАЯСЬ НА ПРАКТИКУ И НАУКУ.
Т. А. НИКОЛАЕВА – В ЭПИЦЕНТРЕ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Аннотация. В статье представлены материалы отражающие некоторые аспекты развития санитарно-эпидемиологической службы. 15 сентября 2022 г. в Российской Федерации отметили 100-летие со дня образования государственной санитарно-эпидемиологической службы России. Одним из ведущих организаторов профилактического направления в здравоохранении стала Тамара Александровна Николаева (1910 – 1991).

Ключевые слова: Т. А. Николаева, профилактика, организатор санитарно-эпидемиологической службы

MINGAZOV I. F., NOVIKOVA I. I.,
MIKHEEV V. N., POLYAKOV A. Ya.

**BASED ON PRACTICE AND SCIENCE.
T.A. NIKOLAEVA – AT THE EPICENTER
OF THE PREVENTIVE DIRECTION IN HEALTHCARE**

Abstract. The article presents materials reflecting some aspects of the development of the sanitary and epidemiological service. On September 15, 2022, the Russian Federation celebrated the 100th anniversary of the establishment of the State Sanitary and Epidemiological Service of Russia. Tamara Aleksandrovna Nikolaeva (1910 – 1991) became one of the leading organizers of the preventive direction in healthcare.

Keywords: T. A. Nikolaeva, prevention, organizer of the sanitary and epide

Нам удалось (благодаря Л. Г. Подуновой) ознакомиться с материалами и первоисточниками, касающихся деятельности одного из ярких представителей профилактического направления здравоохранения в СССР – Тамары Александровны Николаевой [1] (рис.1,2,3,4).



Рис. 1. Т. А. Николаева, 1936 г.



Рис. 2. Т. А. Николаева, 1941 г.

Свой жизненный путь Тамара Александровна изложила в своей автобиографии (отрывок) «Я Николаева Тамара Александровна, родилась в апреле 1910 года в городе Омске. Мать и Отец оба врачи. В настоящее время Отец умер. Мать пенсионер живет в городе Новосибирске. В 1926 году окончила в школу в городе Омске и в 1927 году поступила в Омске в медицинский институт, который окончила в 1931 году. С октября 1931 года по август 1934 года работала санитарным врачом в городе Новокузнецке. С августа 1934 года по апрель 1937 год работала с госсанинспектором в городе Новосибирске. С апреля 1937 года по апрель 1940 года была аспирантом кафедры общей гигиены Новосибирского института усовершенствования врачей, а после окончания аспирантуры оставлена ассистентом кафедры Новосибирского мединститута. В декабре 1940 года переведена в Новосибирский научно-исследовательский санитарный институт, где рабо-

тала до августа 1941 года научным сотрудником и директором

института. В августе 1941 года была мобилизована в ряды Советской Армии работала начальником эвакуационного отдела 9 ЭП 62. В апреле 1945 года приказом по ГВМУ была переведена в Москву и июне 1945 г. демобилизована.



Рис. 3. Т. А. Николаева, 1943 г.

С октября 1950 по июнь 1955 год работала Минздраве СССР начальником отдела Госсанинспекции и освобожденным секретарем партийного комитета Министерства. С июня 1955 года по май 1959 года была заместителем Министра, Главным государственным инспектором в Минздраве РСФСР. С мая 1959 года по ноябрь 1960 года была директором научно-исследовательского



Рис. 4. Т. А. Николаева, 1953 г.

института гигиены детей и подростков АМН СССР. В ноябре 1960 года была назначена начальником главного санэпидуправления, членом коллегии Минздрава СССР. Затем с июня 1961 года заместителем Министра Здравоохранения СССР, главным государственным инспектором СССР. С февраля 1964 года и по настоящее время работаю директором центрального института эпидемиологии Минздрава СССР. Имею ученую степень кандидата мед. наук. Член КПСС с апреля ме-

сяца 1944 г. Имею две правительственные награды орден Отечественной войны 2 степени и Орден Трудового Красного Знамени, и одну медаль. 31 октября 1966 года Николаева» [1].

С началом в 1929 г. строительства Кузнецкого металлургического комбината (КМК) на великую стройку были направлены значительные трудовые ресурсы. Условия проживания работающих были трудными и тяжелыми (наспех сколоченные бараки, землянки, скученность и теснота, антисанитария). Позднее стали образовываться медицинские учреждения профилактического направления, в том числе дезинфекционное бюро, санитарно-бактериологическая лаборатория, а на базе санитарной части КМК создается изоляционно-пропускной пункт с санпропускником, прачечной, карантинными блоками, изоляторами. Позднее всех прибывающих на стройку начали направлять в санпропускник для выявления и изолирования инфекционных больных (проведение санитарной обработки, профилактические прививки). В городе создается санитарная инспекция для координации санитарно-гигиенической и противоэпидемической борьбы с инфекционными болезнями, завшивленностью, малярией, трахомой. В городе вошло в практику дворовые обходы, санитарная обработка больных и контактных, вакцинирование. В городе Новокузнецке (Сталинск в 1932–1961 гг.) Т. А. Николаева изучила на практике все трудности внедрения санитарно-эпидемиологических мероприятий, направленных на профилактику заболеваемости и улучшение условий жизни связанные с условиями проживания и труда работающего населения. Только в 1936 г. Научно-техническим советом Наркомхоза РСФСР был утвержден проект строительства водоснабжения города и первый генеральный план застройки Новокузнецка.

В Кемеровской области – Кузбассе, а затем и г. Новосибирске Т. А. Николаева почувствовала на своем практическом опыте необходимость научных исследований для решения масштабных организационных мероприятий. Поэтому профессиональная дорога привела ее в Новосибирск, а затем в Москву. Пройдя путь от

научного сотрудника до заместителя министра здравоохранения СССР и главного государственного инспектора СССР в итоге. С именем Т. А. Николаевой связано проведение масштабной реформы по объединению и развитию санитарно-эпидемиологической службы.

Т. А. Николаева (рис. 5), являясь самым крупным организатором профилактического направления 1960-х гг., говорила – «Нам, работникам санитарного фронта, страна доверила важнейшие вопросы – санитарно-противоэпидемическую охрану населения страны. Мы как верные часовые стоим на страже санитарного благополучия городов и сел, призваны зорко следить за тем,



**Рис. 5. Вручение Л. И. Брежневым Т. А. Николаевой
ордена Трудового Красного Знамени**

чтобы в новых жилищах было хорошо жить людям, чтобы на новых и старых заводах и фабриках труд не был связан с профессиональными вредностями, чтобы новейшие достижения химии, радиоэлектроники, физики, техники служили прогрессу, но не несли людям горе, не отражались вредно на их здоровье» [2].

Опыт работы передовых санитарных организаций по осуществлению мероприятий за оздоровление труда и быта населения Т. А. Николаева считает заслуживающим специального изучения и обобщения для широкой пропаганды этих методов работы санитарных органов. Особо пристальное внимание уделялось Т. А. Николаевой на развитие научных профилактических организаций и кадровому обеспечению службы.

Т. А. Николаева считала, что последние годы работа значительного количества санитарно-эпидемиологических станций сводилась в основном к противэпидемиологической деятельности и мало уделялось внимания улучшению санитарного дела. Поэтому сейчас, наряду с дальнейшим усилением противэпидемических мероприятий, необходимо самое большое внимание уделять поднятию и укреплению государственного санитарного надзора. Осуществленное слияние предупредительного и текущего санитарного надзора и сосредоточение всего санитарного дела в санитарно-эпидемиологических станциях создали организационные предпосылки для скорейшего решения этого важного вопроса» [3]. Под руководством Т. А. Николаевой готовятся и утверждаются постановлением Совета министров СССР два основополагающих документа: постановление Совета министров СССР от 29 октября 1963 г. № 1107 «О государственном санитарном надзоре в СССР» и приказ министра здравоохранения № 557 от 7 декабря 1963 г. «О государственном санитарном надзоре в СССР» [3 –14].

Сегодня Федеральная служба Роспотребнадзора продолжает осуществлять свою деятельность, уже на другом уровне возможностей, посредством: 89 территориальных управлений; 90 центров гигиены и эпидемиологии; 28 научно-исследовательских институтов; 13 противочумных станций и 39 организаций дезинфекционного профиля. В органах и организациях федеральной службы работают около 70 тысяч специалистов по защите от внутренних и внешних угроз и осуществляется проект «Санитарный щит страны – безопасность для здоровья» предупреждение,

выявление, реагирование. Также уделяется внимание по подготовке современного кадрового потенциала для защиты населения от новых вызовов и угроз.

Федеральная служба Роспотребнадзора уделяет значительное внимание работе по формированию здорового образа жизни. В профилактической работе Роспотребнадзора осуществляется контрольно-надзорная деятельность и выполняется масштабная работа по: профилактике социально опасных болезней (ВИЧ, туберкулеза, микст инфекций); своевременному тестированию; профилактике наркомании, алкогольной и табачной зависимостей; повышению информированности населения о преимуществах здорового образа жизни; профилактической вакцинации.

Таким, образом, в ходе изучения данных о деятельности Т. А. Николаевой показано, что именно под ее непосредственным руководством готовились основополагающие документы по созданию и развитию санитарно-эпидемиологической службы, утверждались основные директивные положения и документы. В этот период удалось значительно снизить уровень заболеваемости и смертности населения, а также был достигнут в СССР один из самых высоких показателей средней ожидаемой продолжительности жизни.

Список источников

1. Архив семьи Т. А. Николаевой и Е. В. Рыбасовой.
2. Доклад Т. А. Николаевой на XIV Всероссийском съезде гигиенистов и санитарных врачей «О санитарном состоянии страны, задачах гигиенистов и санитарных врачей в свете решений, принятых XXII съездом КПСС» //Труды XIV Всесоюзного съезда гигиенистов и санитарных врачей. – Москва: Медгиз, 1963.

3. Доклад Т. А. Николаевой «Пути улучшения санитарно-эпидемиологической службы в РСФСР» // Всесоюзный съезд гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов (Ленинград, 1956). – Москва: Медгиз, 1959.

4. Главные государственные санитарные инспекторы. Главные государственные санитарные врачи / под ред. акад. РАМН Г. Г. Онищенко, д.м.н. проф. Е. Н. Беляева, д.м.н., проф. Л. Г. Подуновой. – Москва, 2002.

5. Постановление Совета Министров СССР от 29 октября 1963 г. № 1107 «О государственном санитарном надзоре в СССР» // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. URL:<https://rospn.gov.ru/region/history/historydoc/post-4.php> (дата обращения: 11.02.2024).

6. Санитарно-эпидемиологическая служба и ее руководители. Из истории здравоохранения. – Москва: Медицина, 2003.

7. Приказ министра здравоохранения № 557 от 7 декабря 1963 г. «О государственном санитарном надзоре в СССР» // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. URL: <https://rospn.gov.ru> (дата обращения: 11.02.2024).

8. Подунова Л. Г. Тамара Александровна Николаева (к 105-летию со дня рождения) // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2015. – № 3. – С. 67-68.

9. Беляев Е. Н., Подунова Л. Г. К 90-летию образования государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации // Медицина труда и промышленная экология. – 2012. – № 9. – С.1-6.

10. Беляев Е. Н., Подунова Л. Г. Научно-практическая деятельность Тамары Александровны Николаевой (К 110-летию со дня рождения) // Эпидемиология и инфекционные болезни. актуальные вопросы. – 2020. – № 4. – С.96-99.

11. Труды XIV Всесоюзного съезда гигиенистов и санитарных врачей. – Москва: Медгиз, 1963. –324 с.

12. XIII Всесоюзный съезд гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов. Т. I. – Вопросы гигиены / под общ. ред. проф. В. М. Жданова. – Москва: Медгиз. – 1959.

13. «Санитарный Щит» // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. URL: https://rospotrebnadzor.ru/about/info/news_time/news_details.php?ELEMENT_ID=18907(дата обращения: 11.02.2024).

14. Беляев Е. Н. Роль санэпидслужбы в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации. – Москва: Изд.-инф. центр ГКСЭН РФ, 1996. – 416 с.

ПАЛИН А. В.

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА В ПАМЯТНЫХ МОНЕТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Аннотация. В статье расстраиваются памятные монеты современной России, посвященные выдающимся личностям, знаменательным историческим событиям и датам, которые имели отношения к развитию отечественной медицины, ее достижениям. В исследовании показывается, что такие денежные знаки выступают неотъемлемой частью материальной культуры, сохранения исторической памяти, популяризации работы врача.

Ключевые слова: врач, медицина, монета, денежный знак, история

PALIN A. V.

DOMESTIC MEDICINE ON COMMEMORATIVE COINS OF THE RUSSIAN FEDERATION

Abstract. The article examines the commemorative coins of modern Russia, dedicated to outstanding personalities, significant historical events and dates that were related to the development of national medicine and its achievements. The study shows that such banknotes are an integral part of material culture, the preservation of historical memory, and the popularization of the work of a doctor.

Keywords: doctor, medicine, coin, money mark, history

Неотъемлемой частью материальной культуры общества являются монеты. Последние не только выступают в роли денежных знаков, но и содержат интереснейшую информацию о специфике отдельных государств, их правителях, деятелях культуры и науки в различные исторические эпохи. С древнейших времен монеты становились способом прославления богов, познавших искусство врачевания и исцеления, увековечивания памяти о выдающихся врачах и даже о лекарственных растениях.

В России традиция выпуска памятных монет сложилась в дореволюционный период, была продолжена в советские годы и существует в настоящее время. Среди памятных и инвестиционных денежных знаков современной России есть и монеты, посвященные врачам, достижениям отечественной медицины и самоотверженному труду медиков. Такие монеты с одной стороны становятся привлекательным инвестиционным вложением, возможностью сбережения, коллекционирования для нумизматов, а с другой – способом увековечивания памяти о важных событиях, выдающихся личностях в истории нашей страны.

На памятных, инвестиционных монетах современной России, рассказывающих об отечественной медицине, хотелось бы остановиться более подробно.

В серии «Выдающиеся люди России» были выпущены монеты, посвященные А. Л. Чижевскому (1997), И. П. Павлову (1999), В. И. Далю (2001), В. М. Бехтереву (2007), А. П. Чехову (2009), Н. И. Пирогову (2010).

В феврале 1997 г. серия «Выдающиеся люди России» пополнилась новым номиналом в два рубля (серебро 500/1000 пробы), приуроченным к 100-летию со дня рождения Александра Леонидовича Чижевского (1897– 1964). При всей разносторонности научных знаний А. Л. Чижевского, стоит отметить, что он внес значительный вклад в становление космической медицины, занимался исследованием воздействия положительных и отрицательных ионов воздуха на организм человека. Широкую известность получила «Люстра Чижевского».

На реверсе (оборотной стороне) монеты изображен А. Л. Чижевский. А на втором плане – созвездие Водолей (знак зодиака ученого), солнце в момент затмения, звездная галактика, человек, стоящий под деревом, а в нижней части – надпись

«А. Л. Чижевский», годы жизни ученого, лира, лист бумаги, кисть и перо, подчеркивающие множественность его дарований (рис.1). Авторы монеты: художники – И. Билибин (аверс), А. А. Колодкин (реверс); скульпторы –



Рис. 1. Два рубля
«100-летие со дня рождения А. Л. Чижевского»

А. С. Хазов, А. А. Колодкин [1].

К 150-летию со дня рождения великого отечественного ученого-физиолога, лауреата Нобелевской премии, академика Ивана Петровича Павлова (1849 – 1936) были выпущены два номинала двухрублевых серебряных (серебро 925/1000 пробы) монет. И. П. Павлов вошел в историю медицины как выдающийся ученый, основоположник физиологии высшей нервной деятельности.



Рис. 2. Два рубля
«150-летие со дня рождения И. П. Павлова»

– змея, обвивающая чашу. Вверху по окружности надпись: «1849 И. П. ПАВЛОВ 1936» (рис. 2). Авторы монеты: художники – И. Билибин (аверс), А. А. Колодкин (реверс); скульптор В. И. Заславский [2].

На реверсе другой монеты изображены: портрет И. П. Павлова, написанный художником М. В. Нестеровым, и лабораторный корпус «Башня молчания», где ученый изучал условные рефлексy животных.



Рис. 3. Два рубля
«150-летие со дня рождения И. П. Павлова»

На реверсе одной из монет в центре размещен портрет ученого, а слева от него изображение собаки, справа – стопка книг с академической шапочкой и мантией, снизу денежного знака расположился один из символов медицины

Вверху по окружности надпись: «1849 И. П. ПАВЛОВ 1936» (рис. 3). Авторы монеты: художники – И. Билибин (аверс), А. А. Колодкин (реверс); скульптор В. М. Харламов [3].

В 2001 г. Банк России выпустил в серии «Выдающиеся люди России» денежный знак номиналом в два рубля (серебро 925/1000 пробы), посвященный 200-летию со дня рождения Владимира Ивановича Даля (1801 – 1872).

Так сложилось, что он вошел в историю как выдающийся российский писатель, лексикограф, этнограф, автор «Толкового



Рис. 4. Два рубля
«200-летие со дня рождения В. И. Даля»

словаря живого великорусского языка». Именно об этом рассказывает нам монета на реверсе которой размещены: портрет В. И. Даля, перо, надпись «ТОЛКОВЫЙ СЛОВАРЬ ЖИВОГО ВЕЛИКОРУССКОГО ЯЗЫКА», рукописный лист с под-

писью-факсимиле ученого, а также фигуры балалаечника и двух плясунов. Указаны годы жизни (рис. 4). Автором монеты является А. В. Бакланов [4].

Однако это будет далеко не полным описанием этой неординарной личности в истории нашей страны, если не упомянуть его заслуги в качестве врача. В. И. Даль имел степень доктора медицины, был замечательным хирургом, специалистом в офтальмологии. В качестве военного хирурга участвовал в русско-турецкой войне (1828 – 1829) и польской кампании (1831). В. И. Даль дружил с А. С. Пушкиным. Помогал в лечение Александра Сергеевича, когда тот был ранен Дантесом на дуэли. А после смерти А. С. Пушкина вместе с его домашним доктором И. Т. Спасским проводил вскрытие тела поэта.

В 2007 г. отмечали 150-летие со дня рождения невролога, психиатра, морфолога, физиолога нервной системы Владимира Михайловича Бехтерева (1857 – 1927). К этому событию Банк России выпустил инвестиционную монету достоинством в два рубля (серебро 925/1000 пробы).

На реверсе монеты были размещены: портрет В. М. Бехтерева, годы жизни,



Рис. 5. Два рубля
«150-летие со дня рождения В. М. Бехтерева»

фрагмент рукописи с изображением головного мозга человека и факсимильная подпись ученого (рис. 5). Художник и скульптор монеты С. А. Корнилов [5, с. 5]. В. М. Бехтерев оставил после себя богатое научное

наследие в виде исследований в области изучения структуры мозга, о психопатиях и циркулярном психозе, о соотношении нервных и психических болезней. Он ввел новые подходы в лечении нервно-психических заболеваний. В. М. Бехтерев разработал объективные методы изучения нервно-психического развития детей.

В конце декабря 2009 г. с датой «2010 г.» Банк России вы-



Рис. 6. Три рубля
«150-летие со дня рождения А. П. Чехова»

пустил монеты четырех номиналов к 150-летию со дня рождения Антона Павловича Чехова (1860 – 1904). Это три рубля (серебро 925/1000 пробы), 50 рублей (золото 999/1000 пробы), 100 рублей (серебро 925/1000 пробы) и 200 рублей (золото 999/1000

пробы). А. П. Чехов получил всемирную известность как российский писатель драматург, публицист. Поэтому не случайно на ре-

версе трех рублей вместе с портретом Антона Павловича разместили театральный занавес со стилизованным изображением чайки, стоящую девушку и сидящего мужчину в интерьере комнаты, ружье на стене, лист бумаги с факсимильной подписью писателя. На монете размещены также годы жизни Антона Павловича (рис. 6). Авторы монеты: художник А. А. Брынза и скульптор А. А. Долгополова [6, с. 30].

На реверсе денежного знака в 50 рублей запечатлен портрет



Рис. 7. 50 рублей
«150-летие со дня рождения А. П. Чехова»

А. П. Чехова, а вокруг надписи с названием журналов, с которыми сотрудничал писатель – «ОСКОЛКИ», «БУДИЛЬНИК» и «СТРЕКОЗА». Внизу диска на матовом поле листа факсимиле «А. ЧЕХОВ». Указаны годы жизни (рис. 7). Авторы монеты: художник А. А. Брынза, скульпторы – Ю. С. Гоголь, А. В. Бакланов [6, с. 30].

На монете в 100 рублей А. П. Чехов изображен стоящим.



Рис. 8. 100 рублей
«150-летие со дня рождения А. П. Чехова»

слева от драматурга – мужчина и женщина, сидящие возле дорожных вещей и стоящая за ними женщина. На втором плане – цветущее дерево за окном, стилизованное изображение ниспадающего занавеса. Внизу диска на зеркальном поле листа

Слева от драматурга – мужчина и женщина, сидящие возле дорожных вещей и стоящая за ними женщина. На втором плане – цветущее дерево за окном, стилизованное изображение ниспадающего занавеса. Внизу диска на зеркальном поле листа

бумаги факсимиле писателя и годы жизни (рис. 8). Авторами монеты являются художник А. А. Брынза и скульпторы Е. И. Новикова, А. В. Бакланов [6, с. 31].

В центре диска 200-х рублевой монеты портрет А. П. Чехова, вверху – дом-музей и сад писателя в Ялте, справа – женская фигура с собачкой на набережной и годы жизни, внизу – на листе



Рис. 9. 200 рублей
«150-летие со дня рождения А. П. Чехова»

бумаги факсимиле «А. ЧЕХОВ» (рис. 9). Авторы монеты: художник А. А. Брынза и скульпторы – А. Д. Бессонов, А. В. Бакланов [6, с. 32].

Однако не всегда вспоминают, что в жизни А. П. Чехова важное место занимала врачебная практи-

ка. Это объясняет почему в его произведениях можно встретить достаточно много сюжетов, затрагивающих медицинскую тематику.

А. П. Чехов окончил медицинский факультет Императорского Московского университета. Среди его педагогов, учителей были такие светила медицины как Н. В. Склифосовский, Г. А. Захарьин. Со студенческих лет работал в больнице, помогая врачам. После окончания трудился врачом, участвовал в борьбе с эпидемией холеры. Одно время даже возглавлял местную больницу в Звенигороде. Важным штрихом к портрету А. П. Чехова является его общественная деятельность, активное участие в благотворительности, а именно: строил в сельской местности медицинские пункты, школы для крестьянских детей и делал многое другое на благо общества.

В 2010 г. Банк России отчеканил монету приуроченную к 200-летию со дня рождения великого русского хирурга Николая Ивановича Пирогова (1810 – 1881). На реверсе серебряной монеты (серебро 925/1000 пробы) номиналом два рубля с левой стороны размещен портрет гениального хирурга, а под ним надпись «Н. И. ПИРОГОВ». С правой стороны – сестра милосердия и раненый в палатке полевого госпиталя, годы жизни врача (рис. 10). В создании монеты участвовали художник С. А. Козлов и скульптор А. А. Долгополова [6, с. 5].



Рис. 10. Два рубля
«Хирург Н. И. Пирогов – 200-летие со дня рождения»

Н. И. Пирогов вошел в историю медицины как выдающийся ученый, педагог, хирург, анатом. Николай Иванович создатель топографической анатомии, новатор методов «ледяной» анатомии, сочетал клиническую работу с анатомическими и физиологическими исследованиями. Он является основоположником отечественной военно-полевой хирургии, организации и тактики медицинского обеспечения войск. Н. И. Пирогов внес огромный вклад в разработку проблем обезболивания, асептики и антисептики.

В 2024 г. Банком России анонсирован выпуск в серии «Выдающиеся личности России» серебряной монеты (серебро 925/1000 пробы) номиналом два рубля, посвященной 150-летию со дня рождения выдающегося хирурга Александра Васильевича Вишневского (1874 – 1948) [7].

Среди монет приуроченных к юбилеям учреждений, знаменательным историческим событиям, датам есть монеты посвященные и медицине.

В 2008 г. к 250-летию Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова была отчеканена серебряная монета номиналом три рубля (серебро 925/1000 пробы). На реверсе монеты с



Рис. 11. Три рубля
«250 лет Московской медицинской
академии имени И. М. Сеченова»

левой стороны размещен памятник российскому ученому, физиологу Ивану Михайловичу Сеченову (1829 –1905), а справа – здание Общеклинической амбулатории (с 2021 г. – Историко-патриотический центр им. Героя Советского Союза Н. В. Троян (Музей истории медицины)) с датой основания (1758). По окружности диска надпись «МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ И. М. СЕЧЕНОВА» (рис. 11). В 2010 г. академия была реорганизована в Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет). Учебное заведение является правопреемником медицинского факультета Императорского Московского университета и считается одним из старейших медицинским вузом России. Авторы монеты: художник А. В. Щаблыкин и скульптор А. И. Молостов [8, с. 19].

Банк России к 65-летию Победы в Великой Отечественной войне выпустил серию монет, посвященных подвигу советского народа в борьбе с немецко-фашистскими захватчиками.

Один из таких денежных знаков увековечивает мужество и героизм медицинских работников в годы войны. Это серебряная монета номиналом три рубля (серебро 925/1000 пробы). На ее реверсе изображены: фронтовая санитарка, делающая перевязку раненому воину на поле боя, цветное изображение георгиевской ленты – символа Великой Победы, а также указаны даты войны

(рис. 12). Авторами монеты являются художник С. В. Сутягин и скульптор С. А. Корнилов [6, с. 35].



Рис. 12. Три рубля
«65-я годовщина Победы в
Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.»

Они смогли предотвратить эпидемии как в армии и на флоте, так и в тылу. Каждые сутки система советской медицины возвращала в строй целую дивизию [9, с. 229].

В октябре 2020 г. Банк России выпустил номиналом 25 рублей из медно-никелевого сплава памятную монету, посвященную самоотверженному труду медицинских работников.

На реверсе денежного знака размещено изображение в за-



Рис. 13. 25 рублей
«Памятная монета, посвященная
самоотверженному труду медицинских работников»

Широко известно, что благодаря мужественному, самоотверженному труду медицинских работников в годы Великой Отечественной войны удалось вернуть в ряды Красной армии 72,3 % раненых, 90,6 % больных и в ВМФ – 86,4 % и 95,9% соответственно.

щитных костюмах с реанимационными чемоданами на фоне здания медицинского учреждения и машины скорой помощи двух медицинских работников – женщины и мужчины (рис. 13). Тираж монеты составил 5 млн штук. Авторами монеты являются худож-

ники – Е. В. Крамская (аверс), А. А. Брынза (реверс); скульпторы

– А. А. Долгополова (аверс), А. Н. Бессонов (реверс) [10, с. 75]. В историко-тематической справке Банка России говорится: «Памятная монета, посвященная самоотверженному труду медицинских работников, выпущена для сохранения памяти о мужестве, самоотверженности и настоящем подвиге врачей и медицинских работников во время пандемии» [10, с. 75].

Таким образом, представленные памятные монеты являются не только платежными средствами, инвестицией, но и способом сохранения исторической памяти о выдающихся личностях, знаковых событиях из прошлого нашей страны.

Список источников

1. База данных по памятным и инвестиционным монетам. А. Л. Чижевский. 1997 г. // Банк России. URL: https://cbr.ru/cash-circulation/memorable_coins/coins_base/ShowCoins/?Cat_num=5110-0017 (дата обращения: 02.02.2024).

2. База данных по памятным и инвестиционным монетам. И. П. Павлов. 1999 г. // Банк России. URL: https://cbr.ru/cash_circulation/memorable_coins/coins_base/ShowCoins/?cat_num=5110-0027 (дата обращения: 02.02.2024).

3. База данных по памятным и инвестиционным монетам. И. П. Павлов. 1999 г. // Банк России. URL: https://cbr.ru/cash_circulation/memorable_coins/coins_base/ShowCoins/?cat_num=5110-0028 (дата обращения: 02.02.2024).

4. База данных по памятным и инвестиционным монетам. В. И. Даль. 2001 г. // Банк России. URL: https://cbr.ru/cash_circulation/memorable_coins/coins_base/ShowCoins/?cat_num=5110-0038 (дата обращения: 03.02.2024).

5. Памятные монеты России. 2007. Ежегодный каталог памятных и инвестиционных монет Банка России / Составители: А. В. Юров, З. А. Петрова, В. М. Герасимов, В. М. Ростикова, В. В. Финогенов, Е. А. Румянцева. – Москва, 2007. – 58 с.

6. Памятные монеты России. 2010. Ежегодный каталог памятных и инвестиционных монет Банка России / Составители: А. В. Юров, З. А. Петрова, В. М. Герасимов, В. М. Ростикова, В. В. Финогенов, Е. А. Румянцева. – Москва, 2011. – 73 с.

7. Банк России. План выпуска монет на 2024 г. URL: https://cbr.ru/cash_circulation/memorable_coins/plan/ (дата обращения: 04.02.2024).

8. Памятные монеты России. 2008. Ежегодный каталог памятных и инвестиционных монет Банка России / Составители: А. В. Юров, З. А. Петрова, В. М. Герасимов, В. М. Ростикова, В. В. Финогенов, Е. А. Румянцева. – Москва, 2008. – 60 с.

9. История медицины: учебник / коллектив авторов; под общ. ред. А. В. Палина. – Москва: КНОРУС, 2024. – 262 с.

10. Памятные монеты России 2020. Ежегодный каталог памятных и инвестиционных монет Банка России / Составители: А. И. Лахтиков, Н. В. Кочетова. – Москва, 2021. – 95 с.

ПОМЫТКИНА Т. Е., ГЕРАСИМОВА И. Д.

ИСТОРИЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ СОСУДОВ

Аннотация. Статья посвящена обзору современных сосудистых протезов. Изложена история развития, достоинства и недостатки применяемых кондуитов. Подробно изложены осложнения, возникающие при применении искусственных протезов.

Ключевые слова: искусственный сосудистый протез, политетрафторэтилен (ПТФЭ), инфекция сосудистого протеза, выбор сосудистого протеза, осложнения при применении сосудистых протезов

POMYTKINA T. E., GERASIMOVA I. D.

HISTORY OF VASCULAR PROSTHETICS

Abstract. The article is devoted to the review of modern vascular prostheses. The history of the development, advantages and disadvantages of the applied conduits are described. The complications arising from the use of artificial prostheses are described in detail.

Keywords: artificial vascular prosthesis, PTFE, vascular graft infection, choice of vascular graft, complications of vascular graft use

Протезирование сосуда – это хирургическая процедура, во время которой заменяется часть или весь поврежденный или заболевший сосуд на искусственный протез (обычно из материалов, таких как полиэстер или тефлон), чтобы восстановить нормальный кровоток. Это может быть необходимо при наличии аневризмы (расширения сосудов), тромбозов или эмболий (закупорки сосудов), атеросклероза (твердения артерий) и других болезней. Протезирование сосудов также может использоваться в хирургических вмешательствах на сердце, например, для создания шунтов или реваскуляризации [1, с. 21; 2, с. 18].

История протезирования сосудов начинается с 1882 г., когда Th. Glick (1883) для соединения концов артерии впервые применил металлические и костяные трубочки. Alexis Carrel (1910) предложил в качестве заменителей сосудов синтетические протезы. Однако на протяжении 70 лет все попытки заменить артерии искусственными сосудами самых разнообразных конструкций и из различных материалов (трубки из слоновой кости, перьев птиц, стекла, покрытого изнутри парафином, алюминия, серебра, Виталия, метилметакрилата, полиэтилена и др.) оказывались безуспешными и практически оставались на этапе экспериментальных исследований.

Важной вехой, знаменующей начало современного периода в развитии сосудистой хирургии, является сообщение американских исследователей А. В. Voorhees и соавт. (1952) о применении для пластики сосудов пористых трубок текстильного производства, изготовленных из синтетического материала.

После работ А. В. Voorhees и соавт. за рубежом, главным образом в США, появилось много исследований и предложений относительно различных типов сосудистых протезов из самых разнообразных материалов. Обычно протезы кровеносных сосудов изготавливались самими хирургами и лишь в трех случаях протезы вырабатывались фабричным способом. Применялись 8 видов различных материалов для производства сосудистых протезов. Это винион-N, орлон, дакрон, тефлон, ивалон, фортизон и нержавеющей сталь. Кроме последнего материала, все они представляли собой синтетические полимеры с различными свойствами, причем наиболее характерными для них являлись высокая химическая и физическая инертность, малая их реактогенность, отсутствие канцерогенных свойств и некоторые другие.

Сосудистый протез – это трубка, сделанная человеком, которая заменяет или создает обход настоящего кровеносного сосуда, чаще всего артерии. Успешное развитие сосудистых протезов является выдающимся событием современности. Первый сосудистый протез был разработан в 1960 г. С того времени произошли кардинальные изменения по улучшению качества используемого материала. Современные протезы широко признаны как надежные и заслуживающие доверия. Операции по замене сосудов стали традиционными, и сотни тысяч людей были успешно вылечены [3, с. 29].

Протезирование сосуда – это процедура замены поврежденного или суженного сосуда на артериальный или венозный протез. Такая процедура может выполняться в различных случаях, например, когда присутствует опасность закрытия сосуда в результате атеросклероза или тромбоза, сосуд может быть поврежден травмой или в результате хирургических процедур. Протезирование сосуда помогает восстановить нормальный поток крови в организме, что может предотвратить серьезные последствия, такие как инфаркты, инсульты, аневризмы и другие сердечно-сосудистые заболевания. Это также может улучшить качество жизни пациента и повысить его продолжительность. Данная

хирургическая процедура, при которой заменяется часть или весь пораженный сосуд на имплантат, она может проводиться на артериях или венах, которые стали непроходимыми из-за голубого (пластической) массы или атеросклероза, аневризмы или других заболеваний.

Основной задачей хирургического лечения пациентов с протяженным сужением или закупоркой сосуда является восстановление нормального кровотока методом имплантации искусственного или собственного сосуда взамен пораженного. Каким путем реализуется эта задача? На сегодняшний день существуют два основных метода восстановления кровотока: шунтирование закупоренного (окклюзированного) участка артерии, и протезирование пораженного сосуда.

Способы замены пораженных сосудов [3, с. 33]:

1. Шунтирование – это создание нового сосудистого русла

в обход закупоренного участка. Для этого вшивается шунт выше и ниже места окклюзии для того, чтобы кровь из вышележащих отделов сосудистого русла, стала поступать в нижележащие отделы. В качестве шунта используют собственную большую подкожную вену пациенту, или различные виды сосудистых протезов.



Рис. 1. Сосудистые протезы

зов.

2. Протезирование сосуда – это замещение патологически измененного синтетическим сосудистым протезом. В основном данная процедура широко используется при аневризмах (патологическом расширении) аорты и периферических артерий. Если у

пациента поставлен диагноз – аневризма, то суть процедуры протезирования заключается в замене расширенного участка сосуда искусственным сосудистым протезом. Он сшивается с неизменными (здоровыми) приводящим и отводящим участками сосудистого русла.

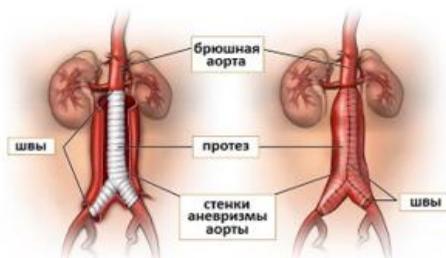


Рис. 2. Сосудистые протезы

Эндоваскулярная хирургия, с другой стороны, проводится с помощью катетера, который вводится через маленький разрез в теле и наводится на пораженный сосуд с помощью рентгеновских изображений.

Для проведения процедуры протезирования сосуда может использоваться искусственный материал, такой как полиэфир, полиуретан или РТФЕ. Хирургические нити используются для связывания сосуда с имплантатом. Продолжительность процедуры зависит от места и размера поражения и может занимать от нескольких часов до целого дня.

После процедуры пациент отправляется в палату для наблюдения, обычно на несколько дней. Во время этого периода медицинский персонал будет следить за заживлением и убедится, что переложенный сосуд готов к правильному кровотоку. В поздних стадиях реабилитации пациенты обычно получают физическую терапию, чтобы вернуться к своей нормальной деятельности. Однако время к конечному восстановлению зависит от места и размера поражения и может занять от нескольких недель до нескольких месяцев.

Процедура протезирования может быть выполнена с помощью открытой хирургии или с помощью эндоваскулярной хирургии. В случае открытой хирургии сосуд доступен для хирургов из небольшого разреза в теле. Эндовас-

Осложнения [2, с. 15]:

1. Кровотечение. Открытая рана на месте, где был сделан доступ к сосуду, может вызвать кровотечение. Оно может быть легким или серьезным, в зависимости от силы кровотечения и уровня скорости обстоятельств.

2. Инфекции. Любая хирургическая процедура сопровождается риском развития инфекции. После протезирования сосуда неправильно заживающие раны могут стать крепостью для бактерий, что может привести к инфекции. Эту проблему можно избежать стерильными условиями и правильным уходом за раной.

3. Расщепление протеза. Если протез искусственного сосуда не удастся правильно закрепить, он может разорваться или ослабиться, что приведет к остановке кровотока в данном месте. Это может угрожать жизни пациента и потребовать срочной реимплантации.

4. Тромбоз. При образовании кровяных сгустков внутри сосуда возможно нарушение процесса кровотока. Это может привести к различным сердечным заболеваниям и требует внимательного наблюдения за пациентом и внимательного изучения состояния сосудов.

5. Анестезия. Протезирование сосуда может проводиться под местной или общей анестезией. В редких случаях аллергические реакции на анестетики могут вызвать серьезные осложнения, так что необходимо тщательно изучить историю болезни пациента и предупредить его о возможных рисках.

Как и любая другая медицинская услуга, протезирование сосуда направлено на лечение конкретных заболеваний и на улучшение качества жизни пациента. Протезирование сосуда может использоваться для лечения различных видов артериальных заболеваний, таких как аневризма артерии, стеноз (расширение) артерии или облитерирующий атеросклероз, когда артерии становятся узкими и не могут обеспечить достаточное кровообращение в тело. Протезирование сосуда может помочь восстановить нормальный поток крови, предотвратить возможные осложнения

и уменьшить риск инфаркта, инсульта или других серьезных заболеваний.

В настоящее время наиболее известными производителями искусственных протезов кровеносных сосудов являются: компании «Экофлон» (Россия) и «Gore-Tex» (США), выпускающие фторлоновые протезы; фирма «Vascutek» (Великобритания), производящая протезы из лавсана, отечественным аналогом которой является производственное объединение «Север» (фторлон-лавсан), в настоящее время прекратившее выпуск своей продукции. Недавно появившиеся протезы «Бакест» (Россия) также являются аналогом «Севера», только пропитанные специальным составом [3].

В мировой сосудистой хирургической практике не решена проблема кровеносных сосудов малого диаметра (менее 5 мм), что значительно ограничивает проведение лечебных мероприятий у больных с ишемической болезнью сердца, нарушением кровоснабжения конечностей, в детской сосудистой хирургии и при лечении других патологий, где необходима замена поврежденного сосуда искусственным протезом. Попытки создания подобных протезов традиционными методами, не приводили к положительным результатам т.к. при низких скоростях кровотока в протезах малого диаметра в течение короткого промежутка времени возникали тромбозы, что делало нецелесообразным проведение сложного хирургического вмешательства.

Суть предлагаемого решения [1, с. 45]:

Методом электроформования получены нетканые материалы на основе нановолокон из биосовместимых полимеров, показано, что диаметр волокон составляет 100 – 4000 нм и зависит от концентрации раствора полимера, параметров электрического поля и состава растворителя. На основе этого метода разработаны прототипы протезов кровеносных сосудов малого диаметра (1–5 мм). Полученные образцы диаметром 1 мм имплантированы в позицию аорты экспериментального животного.

Исследование биосовместимости и проходимости протезов оценивалось на сроках от 1 недели до 16 месяцев. Показан высокий уровень биосовместимости имплантов, проходимость протезов приближается к 100 %.

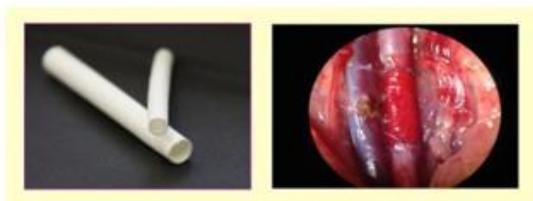


Рис. 3. Трансплантированный биорезорбируемый протез аорты

Предлагаемая методика получения сосудистых протезов в настоящее время не применяется в про-

мышленном производстве.

Характеристики:

- высокая пористость до 95 %;
- удельная поверхность до 10 м²/г;
- низкая хирургическая порозность, высокая биологическая порозность;
- низкая иммуногенность.

Преимущества:

- сосудистые протезы остаются проходимыми в течение длительного времени эксперимента;
- вся поверхность протеза покрыта клетками эндотелия предотвращающими тромбообразование;
- выявлена высокая степень интеграции имплантата с организмом реципиента, наблюдается сквозное прорастание клеточными структурами стенки протеза.

Специалисты-медики разработали новый тип протеза корня аорты в той части, где она выходит из сердца. Имплантат обеспечивает большую долговечность и износостойкость по сравнению с предыдущими аналогами и снижает нагрузку на орган, что увеличивает срок его службы. Особенность протеза заключается в том, что он повторяет внутреннее строение корня аорты и воспроизводит естественное движение потоков крови в

сосудах. Вместе с тем поверхность нового изделия препятствует распространению бактерий и образованию тромбов.

Разработка ученых заключается в создании протеза со вшитыми в него аналогами аортальных синусов – это области в корне аорты со специальными створками, которые препятствуют возврату крови обратно в сердце. Чтобы створки, подобно настоящим, были мягкими и эластичными, для их изготовления специалисты используют ткани организма пациента – их вырезают из околосердечной сумки (перикарда), которая окружает сердце и основание магистральных кровеносных сосудов. Также для этой цели используют донорские ткани.

Услугу «Протезирование сосуда» проводят врачи-хирурги, которые выполняют операции на сосудах. Это могут быть кардиохирурги, ангиохирурги, сосудистые хирурги и другие специалисты соответствующей профильной подготовки.

Медицинская услуга «Протезирование сосуда» назначается в тех случаях, когда у пациента есть проблемы с работой сосудистой системы, вызванные заболеваниями или травмами. Также протезирование сосуда может быть назначено, если у пациента есть сильные боли в области сердца, которые не могут быть устранены другими методами лечения. Врачи также могут рекомендовать эту процедуру, если у пациента обнаружено сужение или закупорки сосуда, которые мешают нормальному потоку крови в организме.

Создание искусственных протезов артерий – одно из величайших достижений медицины XX века. Следующий шаг – создание полноценного венозного протеза. Возможно, в будущем научатся выращивать искусственные протезы из стволовых клеток, а пока протезирование искусственными сосудами единственный метод продления полноценной жизни [4, с. 60]. Инновационный имплантат может стать надежной и долгосрочной заменой поврежденной аорте и аортальному клапану. Это позволит пациентам вести полноценную жизнь

Список источников

1. Алуханян О. А., Винокур А. А., Горбов Л. В. Сравнительная характеристика новых образцов сосудистых заплат из политетрафторэтилена в эксперименте // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2020. – № 2. – С. 45-51.
2. Новикова С. П., Салохединова Р. Р., Лосева С. В. Анализ физико-механических и структурных характеристик протезов кровеносных сосудов // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2021. – № 4. – С. 27-33.
3. Бокерия Л. А., Шенгюл Х., Авалиани М. В. и др. Перспективы применения растворимых стентов в лечении атеросклеротических заболеваний сосудов // *Бюллетень НЦССХ имени А. Н. Бакулева РАМН*. – 2007. – № 8 (4). – С. 95-101.
4. Храмцов В. С., Власова А. В. Обзор распространенных послеоперационных осложнений при эндоваскулярном протезировании аневризмы брюшной аорты // *Молодой ученый*. – 2019. – № 23 (261). – С. 176-178.

ПОМЫТКИНА Т. Е.,
КИРЮХИНА С. П., КУТЬКИНА К. А.

ВКЛАД М. А. ПОДГОРБУНСКОГО В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ СИБИРИ

Аннотация. Описан неопенимый вклад М. А. Подгорбунского в медицину Сибири. Приводятся факты из его практической медицинской деятельности в Кузбассе довоенного периода, работы во время Великой Отечественной войны. Рассказывается об его служении народу, науке и педагогике послевоенные годы.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, хирургическая деятельность, первые пункты переливания крови, научная работа, первая «скорая помощь»

POMYTKINA T. E.,
KIRUHINA S. P., KUTKINA K. A.

CONTRIBUTION OF M. A. PODGORBUNSKY TO THE DEVELOPMENT OF MEDICINE IN SIBERIA

Abstract. The invaluable contribution of M. A. Podgorbunsky to Siberian medicine is described. The facts from his practical medical activity in Kuzbass before the war, his work during the Great Patriotic War are given. It tells about his service to the people, science and pedagogy postwar years.

Keywords: Great Patriotic War, surgical activities, the first blood transfusion points, scientific work, first aid

Михаил Алексеевич Подгорбунский (1896 –1986) – основатель ряда служб медицинской помощи Кузбасса, внес неоценимый вклад в развитие медицины Сибири. Малая Родина стала для будущего отца сибирской хирургии фундаментом жизненных навыков, которые помогли стать поистине человеком с твердым характером, сибирским трудолюбием и несокрушимым упорством.

Будучи крестьянским ребенком из многодетной семьи, Михаил Алексеевич с детства познал тяжесть труда, но это способствовало формированию стойкого характера. Вместо продолжения учебы в духовной семинарии, определенной родителями как место его обучения, он поступает в Томский государственный университет на медицинский факультет. 28 июня 1923 г. М. А. Подгорбунский получает удостоверение врача [1].

С первых лет работы Михаил Алексеевич Подгорбунский стремился повысить качество и надежность медицины в Сибири. Получив работу в городской больнице Щегловска (с 1932 г. – Кемерово), молодой врач, руководствуясь примером Московского центра переливания крови, способствовал открытию в городе пункта переливания крови (1929 г.). На своем примере он показал

важность донорства, и первым сдал кровь для переливания прооперированному шахтеру [2]. Он инициировал подготовку медсестер. В 1929 г. состоялся их первый выпуск.

Благодаря усилиям М. А. Подгорбунского, в 1934 г. Кемерово получил свою первую станцию «скорой помощи». Сначала медицинский персонал добирался до заболевшего населения на гужевом транспорте, но затем была выделена специальная машина.

В июне 1941 г. М. А. Подгорбунский отбыл на фронт в составе хирургического полевого подвижного госпиталя № 670. Он возглавил операционно-перевязочный взвод. Затем служил в качестве старшего хирурга полевого эвакуационного пункта, а позднее – главного хирурга 30-й армии. После ее реорганизации в составе 10-й гвардейской армии.

На фронте М. А. Подгорбунский лично руководил сортировкой раненых по степени сложности, поскольку мог по внешнему виду определить ранение и степень тяжести такого ранения, и в первую очередь оказывал хирургическую помощь «тяжелым». За годы войны провел более 3-х тыс. операций. За отвагу, смелость и профессионализм получил заслуженные награды, среди которых: два ордена Красной Звезды, ордена Отечественной войны I и II степени, медали – «За оборону Москвы» и «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

После окончания войны гвардии подполковник медицинской службы М. А. Подгорбунский вернулся в Кемерово и возглавил хирургическое отделение Областной больницы. Здесь он проявил необычайную способность к новаторству в области хирургии, став первым врачом, который провел операции на пищеводе, сердце, грудной полости и легких. Первая грудная операция им была проведена в 1947 г. До Михаила Алексеевича подобные операции были проведены только в Москве. Им было положено начало хирургическому лечению рака и туберкулеза легких путем резекции легких, операции на сердце при митральном пороке, операции на пищеводе.

Значительные успехи в области хирургии позволили М. А. Подгорбунскому организовать на базе Кемеровского медицинского института кафедру общей хирургии, которую он возглавил. Благодаря его профессиональной деятельности во многих городах Кузбасса были открыты хирургические отделения для лечения легочного туберкулеза, отделения урологии [3].

Педагогическая деятельность М. А. Подгорбунского получила широкое признание в медицинской среде. Под его руководством подготовлены более 200 высококвалифицированных специалистов в области хирургии.

Его профессиональная и общественная деятельность в эти годы была отмечена орденами и медалями. В 1950 г. был удостоен почетного звания «Заслуженный врач РСФСР». Решением исполнительного комитета Кемеровского городского Совета депутатов трудящихся присвоено в 1966 г. звание «Почетный гражданин города Кемерово» [4].

За значительные заслуги М. А. Подгорбунского в хирургии Сибири в 1987 г. Кемеровской городской клинической больницы №3 было присвоено имя М. А. Подгорбунского, а самые талантливые студенты-хирурги получают стипендию имени Подгорбунского. Научное сообщество врачей-хирургов принимает ежегодно участие в Межрегиональной научно-практической конференции имени М. А. Подгорбунского. С личными вещами, документами, грамотами, осколками, извлеченными из тел раненых М. А. Подгорбунским, можно ознакомиться в Кемеровском краеведческом музее.

Список источников

1. История врачебного и фармацевтического дела в Восточной Сибири (вклад фармакологов XIX–XX вв.): сборник статей / Общественная организация фармакологов Иркутской области; ред.: А. Д. Одинец, А. И. Левента. – Иркутск: ОО ФИО, 2012. – 34 с.

2. Основатель хирургии на Кузбассе. URL: <https://kemsmu.ru/science/library/Подгорбунский%20М.А.pdf> (дата обращения: 05.02.2024).

3. Подолужный В. И., Радионов И. А., Павленко В. В., Иванов С. В. Воспитательное значение жизни и трудовой деятельности патриарха кузбасской медицины М. А. Подгорбунского // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе : материалы V Региональной научно-практической конференции. – Кемерово, 2017. – С. 64-65.

4. Берлинтейгер Б. И. Почетный гражданин города Кемерово Михаил Алексеевич Подгорбунский. – Кемерово: Кузбасвуиздат, 1998. – 120 с.

ПОМЫТКИНА Т. Е.,
СБИТНЕВ Ф. Ф., ШАРЯФЕТДИНОВ И. С.

КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ КАК ОБЪЕКТ ИСТОРИИ КУЗБАССА

Аннотация. Статья посвящена истории становления и развития Кемеровского государственного медицинского университета.

Ключевые слова: история, Кемеровский государственный медицинский университет, факультет, кафедра, ректор, преподаватель

ПОМЫТКИНА Т. Е.,
SBITNEV F. F., SHARYAFETDINOV I. S.

KEMEROVO STATE MEDICAL UNIVERSITY AS AN OBJECT OF THE HISTORY OF KUZBASS

Abstract. The article is devoted to the history of the formation and development of Kemerovo State Medical University.

Keywords: history, Kemerovo State Medical University, faculty, department, rector, teacher

Экономическое развитие Кузбасса, рост численности населения региона создавали ситуацию нехватки медицинских кадров в области. В результате в 1955 г. произошло открытие Кемеровского государственного медицинского института. Порядок деятельности, организационная структура учебного заведения определялись: постановлением Совета министров СССР от 02.11.1955 № 7585-р, постановлением Совета министров РСФСР от 05.11.1955 № 4037 и приказом Министерства здравоохранения РСФСР от 14.11.1955 № 450.

Первоначально Кемеровский государственный медицинский институт (КемГМИ) разместился в Кировском районе г. Кемерово. Первым его директором (ректором) стал фронтовик, врач-хирург Степан Васильевич Беляев (1903–1969) [1]. Степан Васильевич за годы работы ректором КемГМИ собрал сплоченный коллектив профессорско-преподавательского состава, оснастил институт новейшим оборудованием, на базе которого стало возможным как решение задач учебного процесса, так и осуществление научно-экспериментальных работ. Научная деятельность С. И. Беляева была посвящена проблемам травматизма работников химических предприятий [3].

Первый набор 250 студентов на дневное отделение был осуществлен в 1956 г. Должностные обязанности заместителя директора по учебно-научной работе выполняла Евгения Ивановна Гонтарь-Замотринская. Одновременно она возглавляла кафедру анатомии человека. Всего в обучении первокурсников принимали участие 8 кафедр: анатомии человека, биологии, химии, гистологии, физики, иностранных языков, включая латинский, физвоспитания, основ марксизма–ленинизма [2].

В 1957 г. д.м.н., заведующий кафедрой гистологии Аркадий Петрович Маслов был назначен деканом лечебного факультета. С его деятельностью связано создание кафедр: нормальной физиологии и микробиологии, патологической физиологии, фармакологии, патологической анатомии, пропедевтики внутренних болезней, общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, общей гигиены.

В 1958 г. был открыт стоматологический факультет. Его первым деканом стал Борис Яковлевич Елов. В том же году в вузе были основаны кафедры: факультетской хирургии, факультетской терапии, организации здравоохранения, нервных болезней, акушерства и гинекологии. В 1959 г. открывается вечернее отделение, просуществовавшее до 1997 г. В 1960 г. в вузе появились кафедры: детских болезней, глазных болезней, психиатрии, судебной медицины, госпитальной хирургии, инфекционных болезней, госпитальной терапии, кожно-венерических болезней. Годом позже кафедра стоматологии была разделена на три кафедры: ортопедической стоматологии, хирургической и терапевтической стоматологии, выделен из кафедры пропедевтики внутренних болезней курс рентгенологии, организована кафедра лор-болезней. Первый выпуск врачей в количестве 233 человек, семь из которых получили дипломы с отличием, состоялся в 1962 г.

В 1963 г. был организован санитарно-гигиенический факультет. Его возглавил Василий Валентинович Каминский. В этом же году вышел первый номер институтской газеты «Медик Кузбасса», ответственный секретарь – З. А. Короленя; редактор – И. В. Копытин.

В 1966 г. на базе КемГМИ были организованы учебные курсы: «Гигиены питания», «Коммунальной гигиены», «Травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии». В том же году кафедра организации здравоохранения и истории медицины переименована в кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения.

В 1967 г. произошло открытие педиатрического факультета. Его первым деканом стал д.м.н., профессор Борис Иванович Давыдов. Тогда же произошло разделение кафедры биохимии на кафедры биохимии, органической, неорганической, физколлоидной и аналитической химии.

В 1968 г. были организованы курсы «Хирургические болезни», «Гигиены труда» и «Гигиены детей и подростков». Курсы «Травматология, ортопедия и военно-полевая хирургия», «Гигиены труда» переименованы в одноименные кафедры. Организована кафедра эпидемиологии с курсом военно-полевой эпидемиологии. В 1968 г. открыты курсы: «Физики», «Рентгенологии и радиологии», «Коммунальной гигиены», «Латинского языка» и «Пропедевтики детских болезней». В 1970 г. организованы курсы: «Факультативной педиатрии с общей физиотерапией» и «Урологии». Годом позже организована кафедра детских инфекционных болезней и курс «Детской хирургии», а кафедра факультативной терапии с курсом туберкулеза и физиотерапии разделены на кафедры туберкулеза и факультетской терапии с физиотерапией.

За последующее десятилетие курсы «Детской хирургии» и «Факультетской педиатрии с физиотерапией» реорганизованы в одноименные кафедры. Появились курсы: «Онкология», «Анестезиология и реаниматология», создан научно-исследовательский сектор (НИС). Кафедра госпитальной терапии разделена на две кафедры: госпитальной терапии № 1 и № 2. Создана центральная научно-исследовательская лаборатория (ЦНИЛ). В 1979 г. был открыт фармацевтический факультет. Его первым деканом стал д.м.н., профессор Анатолий Васильевич Сапожков. Организована кафедра химии для фармацевтического факультета. Курс «Онкология» реорганизован в кафедру; создана кафедра фармакогнозии; основаны курсы: «Фармацевтической химии», «Технологии лекарств», «Организации и экономики фармации», «Дет-

ской стоматологии». Курсы «Фармацевтической химии», «Технологии лекарств», «Организации и экономики фармации» реорганизованы в одноименные кафедры.

В 1984 г. произошло переименование кафедр: госпитальной терапии № 1 в кафедру внутренних болезней № 1; факультетской терапии с физиотерапией в кафедру внутренних болезней № 2; госпитальной терапии № 2 в кафедру внутренних болезней № 3; госпитальной хирургии в кафедру хирургических болезней; факультетской педиатрии с физиотерапией в кафедру детских болезней № 2; кафедра детских болезней в кафедру детских болезней № 3; кафедра неорганической, аналитической, органической и физколлоидной химии в кафедру бионеорганической и биофизической химии; кафедра физики в кафедру медицинской и биологической физики; реорганизован курс «Детской стоматологии» в кафедру стоматологии детского возраста; реорганизованы кафедра госпитальной педиатрии и курс «Пропедевтики детских болезней» в кафедру детских болезней № 1; реорганизованы кафедра факультетской хирургии и курс «Хирургических болезней» в кафедру хирургических болезней № 1.

В 1985 г. курс «Латинского языка» реорганизован в одноименную кафедру; организован курс «Лечебной физкультуры и врачебного контроля»; реорганизована кафедра биоорганической и биологической химии в кафедры биохимии и органической химии; создана кафедра медицинской кибернетики и систем управления. В 1987 г. реорганизована кафедра акушерства и гинекологии в кафедры акушерства и гинекологии № 1 и № 2 [1,2,3].

Так же хотелось бы упомянуть о ректорах, руководство которых, стало значимым в развитии нашего университета.

Александр Яковлевич Евтушенко с июня 1991 г. по 2007 г. являлся ректором Кемеровской медицинской академии, а с 2007 г. был избран на должность президента КемГМА. А. Я. Евтушенко подготовил 4 доктора и 14 кандидатов наук, опубликовал свыше 190 научных работ. Александр Яковлевич являлся глав-

ным редактором журнала «Медицина в Кузбассе», членом редакционных советов журналов «Общая реаниматология», «Патологическая физиология и экспериментальная терапия», «Сибирский медицинский журнал» и «Политравма», членом Республиканской проблемной комиссии РАМН «Экстремальные и терминальные состояния». Трудовая и научная деятельность А. Я. Евтушенко отмечена наградами: орденом Почета, нагрудным знаком Министерства здравоохранения Российской Федерации «Отличник здравоохранения». Был академиком РАЕН, Польской академии медицины. Удостоен званий: «Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации», «Почетный профессор Кузбасса», «Почетный профессор КемГМА», «Почетный гражданин Кемеровской области». Награжден орденом «Доблесть Кузбасса», медалью «За особый вклад в развитие Кузбасса» I, II, III степени. Отмечен дипломом Европейской академии естественных наук и юбилейной медалью им. академика В. А. Неговского. Светлая память и безмерное уважение к талантливому ученому, лектору, педагогу руководителю и интересному человеку А. Я. Евтушенко навсегда сохранятся в сердцах и памяти его близких, коллег, учеников и всех, кому на жизненном пути посчастливилось сотрудничать с ним [4].

Валерий Михайлович Ивойлов – д. м. н., профессор, автор 162 научных работ и монографий. Более 35 лет он посвятил подготовке высококвалифицированных кадров для медицины Кузбасса. Основное направление его научных исследований – заболеваемость и травматизм трудящихся угольной промышленности – получило отражение в диссертациях и других научных трудах. Валерий Михайлович защитил диссертации: на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме «Социально-гигиеническая характеристика условий жизни и здоровья рабочих угольных шахт и членов их семей» (г. Москва, 1985); на соискание ученой степени доктора медицинских наук по теме «Медико-социальные проблемы травматизма шахтеров Кузбасса и пути их решения» (г. Москва, 1998).

Под его научным руководством подготовлено две докторские и четыре кандидатские диссертации, созданы факультеты высшего сестринского образования, экономики и управления в здравоохранении, кафедры клинической лабораторной диагностики, медицинского права, подготовки врачей первичного звена и скорой медицинской помощи, а также построен учебный корпус для фармацевтического факультета. Кроме того, в 2016 г. Кемеровская медакадемия получила статус университета. Деятельность В. М. Ивойлова отмечена благодарностью Министерства здравоохранения Российской Федерации. Он награжден нагрудным знаком Министерства здравоохранения Российской Федерации «Отличник здравоохранения», медалью «За особый вклад в развитие Кузбасса» [5].

Приказом Министра здравоохранения РФ с 25 января 2024 г. исполняющим обязанности ректора Кемеровского государственного медицинского университета назначен д.м.н. Сергей Людовикович Кан. В 2002 г. С. Л. Кан с отличием окончил лечебный факультет Кемеровской государственной медицинской академии (сегодня КемГМУ), обучался в клинической интернатуре по терапии на базе кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики, в очной аспирантуре на кафедре анестезиологии и реаниматологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей.

В 2006 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Особенности проницаемости гематоэнцефалического барьера при критических состояниях, обусловленных тяжелой черепно-мозговой травмой», и стал заниматься преподавательской деятельностью в должности ассистента кафедры анестезиологии и реаниматологии. В 2013 г. избран на должность доцента кафедры анестезиологии и реаниматологии, которой впоследствии заведовал. Сергею Людовиковичу в 2015 г. присвоено ученое звание доцента. Защитил докторскую диссертацию по научной специальности «Анестезиология и реаниматология» в 2016 г. и в том же году был назначен заместителем директора по учебной работе.

Преподавательскую деятельность успешно совмещал с работой в практическом здравоохранении – дежурил врачом анестезиологом-реаниматологом в медицинских организациях Новокузнецка. С 2021 г. С. Л. Кан работал директором Новокузнецкого института усовершенствования врачей – филиала федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации [6].

Из всего перечисленного выше, хотелось бы сделать вывод о том, что наш университет, является не только престижным учебным заведением с большими перспективами и амбициями, но и дорогой в будущее для тысяч его выпускников, которые, став востребованными специалистами, искренне благодарят Кемеровский государственный медицинский университет за данные им знания и возможности.

Список источников

1. Кемеровский государственный медицинский университет – КемГМУ в Кемерово (бывший КемГМА). URL: <http://youstudynew.com/obrazovatelnye-uchrezhdeniya-v-kemerovo/kemgmu-kemerovskiy-gosudarstvennyi-medicinskiy-universitet.html#i-4> (дата обращения: 12.02.2024).

2. Медвузы России/ Кемеровская государственная медицинская академия. URL: <https://www.lvkgmu.ru/kemgma.html> (дата обращения: 12.02. 2024).

3. Евтушенко А. Я., Ивойлов М. В. К 55-летию Кемеровской государственной медицинской академии // Медицина в Кузбассе. – 2010. – №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-55-letiyu-kemerovskoy-gosudarstvennoy-meditsinskoy-akademii/viewer> (дата обращения: 12.02. 2024).

4. Кемеровский мед. университет: образование высшего уровня. URL: <https://vse42.ru/articles/33514265> (дата обращения: 12.02.2024).

5. Главная школа врачей Кузбасса. Приоритет Кемеровского государственного медицинского университета – качество образования. URL: <https://rg.ru/2022/06/16/reg-sibfo/glavnaia-shkola-vrachej-kuzbassa.html> (дата обращения: 12.02.2024).

6. Университет в цифрах. Сертификат национальной аккредитации и лицензия на осуществление образовательной деятельности по программам высшего образования: общая медицина, педиатрия, стоматология, фармация, сестринское дело // Кемеровский государственный медицинский университет. URL: <https://globaledurussia.com/universities/kemsmu#general> (дата обращения: 12.02.2024).

ПОМЫТКИНА Т. Е.,
ЯДЫКИНА К. М., ДЕМИДОВИЧ А. Е.

ЦИФРОВАЯ МЕДИЦИНА И ЕЕ ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Аннотация. В данной статье рассматриваются теоретические и практические аспекты применения цифровой медицины, изучаются этические аспекты в условиях цифровизации медицины, приводится анализ норм и правил поведения врача и пациента.

Ключевые слова: цифровая медицина, этические аспекты, цифровой этикет

ПОМЫТКИНА Т. Е.,
YADYKINA K. M., DEMIDOVICH A. E.

DIGITAL MEDICINE AND ITS ETHICAL ASPECTS

Abstract. This article discusses the theoretical and practical aspects of the use of digital medicine, which includes the concept of «Digital Medicine». The article also provides a study of ethical aspects in the context of digitalization of medicine, an analysis of the norms and rules of conduct for doctors and patients.

Keywords: digital medicine, ethical aspects, digital etiquette

Медицина, также, как и многие другие отрасли деятельности человека, вошла в век цифровизации. В нашу повседневную жизнь внедрены такие понятия, как телемедицина, электронный документооборот, искусственный интеллект, в связи с чем, знания цифровой этики необходимы в деятельности врача.

Цифровой этикет является одним из самых важных компонентов профессиональной деятельности сотрудников здравоохранения в настоящее время, принимая во внимание увеличивающуюся потребность в коммуникации с использованием интернет-технологий. Вопрос цифрового этикета в медицине существует не только в российских, но и зарубежных реалиях, в частности в странах Европы. В России цифровой этикет требует разработки более полных и конкретных правил коммуникации. В настоящее время информационное наполнение ресурса имеет одно из превалирующих значений, и все больше государственных структур «выходят» в Интернет, чтобы инициировать коммуникацию с обществом посредством информационных технологий, включая веб-сайты, социальные сети и другие источники. И к одной из самых важных групп, для которых информационная безопасность является приоритетом, относятся сотрудники медицинских организаций.

Цифровая медицина (цифровое здравоохранение) – способ планирования и управления здравоохранением, организации и оказания медицинской помощи, обеспечения профилактики и формирования здорового образа жизни, информационного сопровождения граждан и медицинских работников на основе результатов непрерывной обработки данных в цифровом виде, при

которой существенно повышается их эффективность за счет использования современных методов обработки и анализа данных, включая методы искусственного интеллекта.

Одним из самых популярных направлений в цифровой медицине является телемедицина. Так что же это такое? Телемедицина – это связь врача и пациента через интернет с целью уточнить диагноз, проконсультироваться по поводу препаратов, выписанных другим врачом, разбора анализов и другое. Консультации могут осуществляться через мессенджеры, социальные сети, медицинские агрегаторы с встроенной онлайн-консультацией или по видеосвязи.

В телемедицине есть два направления:

1. Врач-врач. Такое направление создано для обмена знаниями и умениями между врачами и клиниками. Врач, который впервые столкнулся с определенной проблемой, может провести онлайн-консультацию с другим, более опытным врачом, и узнать мнение специалиста.

2. Врач-пациент. Это обычный прием у врача, только в виде онлайн-консультации или переписки. Пациент рассказывает вам о своей проблеме, а вы корректируете лечение, разбираете анализы, направляете на дальнейшее обследование в клинику [1].

Самым главным вопросом в телемедицине является вопрос о постановке диагноза и выписки рецептов. Врач при таком виде консультации может лишь предположить диагноз и направить пациента к более узкому специалисту. Если ли же рассматривать выписку рецептов, то, безусловно, специалист может выписать рецепт, но пациенту уже с установленным диагнозом.

Немаловажным направлением цифровой медицины является искусственный интеллект. В 2018 г. около 5 тыс. роботов помогали хирургам в проведении операций. Машины были настроены для выполнения простых механических действий – например, подать скальпель или иглу.

Но поговорим о более бюджетных вещах, ведь не каждый позволит себе робота-помощника. Создание нейросетей, алгоритмов и систем для обработки данных – это тоже искусственный интеллект. И они заметно облегчают жизнь многим врачам. Применение искусственного интеллекта в работе больницы: улучшение организации здравоохранения, быстрая обработка большого количества информации, облегчение работы администратора с помощью бота, который общается с пациентами и записывает их на прием, выбор нужного лечения для пациента [2].

Следующее направление цифровой медицины – электронный документооборот. Врачи многих клиник переходят с бумажных документов на электронные, пациенты получают возможность самостоятельно записываться на прием через различные платформы, такие как Врач 42, Госуслуги и др. Преимуществ много и мы расскажем о них поподробнее:

- Врачу не нужно заставлять ждать пациентов, по 10 минут заполняя амбулаторную карту пациента. Электронные бланки заполняются за 2–3 минуты.

- Клиника не теряет клиентов, потому что администратор не успел взять трубку телефона. Пациент может сам записаться на прием через онлайн-запись.

- Электронные справки и результаты анализов облегчат жизнь пациентам. Им не нужно будет вставать в 8 утра, чтобы прийти до клиники, простоять в очереди и только потом узнать результаты анализов или получить справку.

- Автоматизация работы клиники работает на вашу репутацию – показывает пациентам, что вы не стоите на месте и развиваетесь [3].

На самом деле сейчас цифровая медицина нужна практически каждому медицинскому центру или же клинике. Это банально экономит время и удобно. Но внедрение цифровой медицины выявляет ряд проблем, связанные с недостатком знаний и специалистов, этическими нормами и дороговизну цифровой трансформации.

Важным аспектом телемедицинского взаимодействия, который должен быть включен в обучение медицинских работников, является телемедицинский этикет. Этикет телемедицины включает в себя уникальные модели поведения, необходимые для проведения эффективного телемедицинского визита. Это поведение, похоже, но отличается от ранее изученного поведения, необходимого для проведения традиционного личного визита или телефонной консультации. Этикет телемедицины включает правильное расположение камеры, устранение шума в офисе или клинике, удаление личных предметов, находящихся в поле зрения камеры, и даже выбор одежды, сделанный поставщиком. Яркие или насыщенные модели одежды могут отвлекать от общения с телемедициной. Традиционные навыки общения также должны быть скорректированы для такого типа визитов [4].

Зрительный контакт с клиентом устанавливается при взгляде в камеру, а не на лицо клиента на экране. Смотреть вниз или делать заметки может быть воспринято как незаинтересованность или отвлечение внимания. Хотя сочувствие может быть передано во время телемедицинского визита, оно должно быть тщательно продумано [5].

Вместо того, чтобы использовать прикосновения, студентов следует научить тщательно выбирать слова, которые они используют при обращении к своим клиентам для проявления сочувствия. Когда студенты должным образом подготовлены к общению с использованием надлежащего этикета телемедицины, они лучше уверены, что их визит пройдет успешно.

Также возникает немаловажная этическая проблема, связанная с защитой персональной информации, которая не является только медицинской. Конфиденциальность данных пациентов является основополагающей этической нормой не только в традиционной медицине, но и в цифровой. При получении результатов различных анализов, например ВИЧ, сифилис, ВГС, ВГВ и др., на почту или же другие платформы, пациент не может быть уверен

в полной конфиденциальности этих результатов. Почта или различные платформы как любая социальная сеть может подлежать хакерской атаки, взлому. При этих условиях результаты теряют свою конфиденциальность [6,7].

Таким образом, цифровые технологии активно внедряются в медицину, предоставляя множество преимуществ и возможностей. Они позволяют улучшить диагностику, лечение и мониторинг пациентов, способствуют повышению эффективности работы медицинских учреждений. Однако существуют и проблемы, связанные с этическими составляющими, такие как конфиденциальность персональных данных пациента, поведение врачей при использовании телемедицины. В будущем цифровые технологии в медицине продолжат совершенствоваться и будут играть неотъемлемую роль в обеспечении качественного здравоохранения.

Список источников

1. Карцхия А. А. Цифровая медицина – реальность сегодняшнего дня // Экономические и социальные проблемы России. – 2021. – № (46). – С. 132-142.
2. Мамина Р. И., Елькина Е. Е. Сетевое общество и его реалии: цифровой этикет // Дискурс. 2019. – № 5 (2). – С. 24-34. URL: <https://doi.org/10.32603/2412-8562-2019-5-2-24-34> (дата обращения: 14.12.2023).
3. Абдуганиева Ш. Х., Никонорова М. Л. Цифровые решения в медицине // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2022. – № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovye-resheniya-v-meditsine> (дата обращения: 14.12.2023).
4. Жильников А. Ю., Михайлова О. С. Электронный документооборот // Территория науки. – 2017. – №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/elektronnyu-dokumento-oborot> (дата обращения: 09.12.2023).

5. Лопатина Т. М. Профессиональная ошибка в условиях функционирования цифровой медицины // Российское право: образование, практика, наука. – 2019. – № 5 (113). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-oshibka-v-usloviyah-funktsionirovaniya-tsifrovoy-meditsiny> (дата обращения: 14.12.2023).

6. Гусев А. В. Этика цифровой медицины // Этика и «цифра»: Этические проблемы цифровых технологий. – 2020. – С. 52-58. URL: https://ethics.cdto.center/1_1 (дата обращения: 14.12.2023).

7. Дитковская И. Э. Этические традиции отечественного медицинского образования в условиях цифровизации системы здравоохранения // Проблемы современного образования. – 2021. – № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/eticheskie-traditsii-otechestvennogo-meditsinskogo-obrazovaniya-v-usloviyah-tsifrovizatsii-sistemy-zdravoohraneniya> (дата обращения: 14.12.2023).

ПРИХОДА И. В.

ВРАЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВЛАДИМИРА ДАЛЯ КАК ОБРАЗЕЦ БЕСКОРЫСТНОГО СЛУЖЕНИЯ ЛЮДЯМ

Аннотация. В статье с историко-медицинских позиций ретроспективно исследована, обобщена, систематизирована и проанализирована врачебная деятельность Владимира Даля как образец бескорыстного служения людям. Врачебная деятельность (как, впрочем, и вся сама жизнь) Владимира Даля стала надежным духовным ориентиром и показательным нравственным примером для его современников и потомков.

Ключевые слова: врачебная деятельность, Владимир Даль, образец, бескорыстное служение людям

MEDICAL ACTIVITY OF VLADIMIR DAHL AS A SAMPLE OF SELFLESS SERVICE TO PEOPLE

Abstract. The article retrospectively examines, summarizes, systematizes and analyzes Vladimir Dahl's medical activity from a historical and medical perspective as an example of selfless service to people. Vladimir Dahl's medical activity (as well as his whole life) became a reliable spiritual guide and an exemplary moral example for his contemporaries and descendants.

Keywords: medical activity, Vladimir Dahl, sample, selfless service to people

Скажем откровенно и прямо, честно и конкретно: говорить о роли Владимира Ивановича Даля в истории в целом и его врачебной деятельности в частности одновременно и крайне просто и чрезвычайно сложно.

Крайне просто, потому что на сегодняшний день существует огромное количество самой разнообразной информации о жизни В. И. Даля (от фундаментальной научной литературы до классических художественных произведений).

Чрезвычайно сложно, потому что в этом многообразном информационном потоке теоретически неимоверно трудно, а практически вообще невозможно выделить самое важное, ибо сама жизнь В. И. Даля является важной вехой развития нашего общества и государства.

И, тем не менее, если предельно сузиться и прицельно рассмотреть именно врачебную деятельность В. И. Даля, можно выделить несколько ключевых моментов... Однако, обо всем по очереди и по порядку...

Прежде всего, следует отметить, что В. И. Даль жил в первых трех четвертях XIX в. – времени крайне сложном, чрезвычайно противоречивом, очень переменчивом, а, иногда, слишком

жестоком и весьма беспощадном, – в эпоху последовательного царствования трех императоров (Александра I, Николая I и Александра II).

Владимир Иванович Даль родился в Луганске 10 (22) ноября 1801 г. в семье врача горного, а позднее морского ведомства. К медицине он пришел не сразу (что весьма нетипично как тогда, так и сейчас, ибо, как правило, в медицину в силу специфики профессии приходят или сразу всерьез и надолго или не приходят в нее никогда). В этом в определенной степени В. И. Даль повторил судьбу своего отца (Иоганн Христиан Даль перебрался в Россию из Дании по приглашению Екатерины II, предложившей ему занять должность придворного библиотекаря, однако пробыл при дворе недолго и вскоре уехал в Германию, где получил диплом врача, а затем вернулся в Россию) [1, 2].

В 1814 г. В. И. Даль поступил в Петербургский морской кадетский корпус, который окончил в 1819 г. в звании мичмана. Любопытно, что его однокурсником и другом был будущий знаменитый флотоводец, адмирал черноморского флота, герой обороны Севастополя П. С. Нахимов. С 1819 по 1824 г. В. И. Даль служил на черноморском флоте в Николаеве, а с 1824 по 1826 г. на балтийском флоте в Кронштадте, дослужившись до звания лейтенанта. В январе 1826 г. он внезапно оставляет военную службу и выходит в отставку. Причины увольнения в запас до сих пор вызывают оживленные дискуссии [1, 2].

Первая причина, на которую сразу указывают биографы Даля (и которую отмечал сам В. И. Даль), это морская болезнь, от которой он так и не смог полностью избавиться за семь лет флотской службы. Однако при всей своей серьезности, вряд ли именно морская болезнь послужила основным фактором увольнения (человек, всерьез страдающий морской болезнью не сможет семь лет прослужить на флоте, и, либо отчислится из Морского кадетского корпуса на этапе учебы, либо уволится в самом начале службы в силу профнепригодности по состоянию здоровья) [2, 3].

Вторая причина, которую отмечают далеведы (и на которую ссылался сам В. И. Даль), это желание сменить род деятельности на более полезный для общества и государства, а именно – медицину. Именно эта причина преимущественно фигурирует в различных биографиях Даля [2, 3].

Третья причина, которую иногда предполагают биографы Даля (но которую в силу понятных причин никогда не указывал сам В. И. Даль), это время начала царствования Николая I, ознаменовавшееся восстанием декабристов и следствием над ними (конец 1825 г. – начало 1826 г.), время активных поисков неблагонадежных и массовых репрессий среди офицерского корпуса в армии. А учитывая тот факт, что во время учебы и службы В. И. Даль не только был лично знаком с будущими декабристами, но и дружил с некоторыми из них (в частности, с Д. И. Завалишиным), он вполне реально мог попасть в число подозреваемых (чего, разумеется, никому не хотелось) [2, 3].

Мы все же полагаем, что «истина находится посередине» (как всегда, везде и во всем) и все вышеуказанные причины (хотя и в разной степени) в комплексе вынудили перейти В. И. Даля к гражданской жизни.

В 1826 г. В. И. Даль поступил на медицинский факультет Дерптского университета. Любопытно, что его однокурсником и другом был будущий выдающийся хирург, анатом и педагог Н. И. Пирогов. В 1828 г. В. И. Даль был вынужден прервать обучение в университете в связи с началом русско-турецкой войны (1828 – 1829) и был направлен в действующую армию в должности ординатора подвижного госпиталя, где принимал активное участие в боевых действиях и борьбе с эпидемией чумы за Дунаем – в Румынии (Браилов, Яссы), Болгарии (Силистра, Сливно) и Турции (Адриаполе), а затем в борьбе с холерой в Западном Подолье (Каменец-Подольском). В последующем он принимал активное участие в боевых действиях при подавлении польского восстания 1830 – 1831 гг. [2, 3].

1832 год во многом явился переломным в жизни В. И. Даля. С 1832 г. он переводится из регулярной армии в столицу и служит ординатором в столичном военно-сухопутном госпитале, где вскоре становится медицинской знаменитостью Петербурга. В. И. Даль блестяще знал все разделы клинической медицины, но особенно тяготел к хирургии, где наибольших успехов достиг в офтальмологии. При этом он виртуозно в одинаковой степени владел обеими руками, что в эпоху отсутствия современного наркоза и обезболивающих препаратов, делало операцию не только аккуратной, но и быстрой. Именно это свойство нередко решало судьбу больного. Важно было по возможности избежать развития болевого шока, вовремя остановить кровопотерю, тем более в ситуации, когда еще не применялось переливание крови [2, 3].

Позднее, оставив хирургическую практику, В. И. Даль не ушел из медицины совсем. Он сохранил интерес к офтальмологии и пристрастился к гомеопатии (хотя изначально относился к гомеопатии весьма скептически с большой долей сомнения и недоверия, но в дальнейшем кардинально изменил свое мнение и стал убежденным приверженцем гомеопатического метода лечения) [2, 3].

В том же 1832 г. В. И. Даль знакомится с А. С. Пушкиным, с которым дружил до конца жизни великого поэта. Следует напомнить, что В. И. Даль совместно с придворным врачом Н. Ф. Арендтом и семейным врачом И. Т. Спасским осуществлял лечение смертельно раненного Пушкина, а позже совместно со Спасским осуществлял патологоанатомическое вскрытие тела умершего поэта и составил его подробный протокол [3, 4].

Особо следует отметить дружбу В. И. Даля с выдающимся хирургом, анатомом и педагогом, основоположником военно-полевой хирургии Н. И. Пироговым, которая возникла у них еще в юности в период совместного обучения на медицинском факультете Дерптского университета и продолжалась всю дальнейшую жизнь [3, 4].

Где бы ни жил и кем бы не работал В. И. Даль (ординатором в столичном военно-сухопутном госпитале Петербурга (1832 – 1833), чиновником по особым поручениям в Оренбурге (1833 – 1841), заведующим особой канцелярией в Петербурге (1841 – 1849), управляющим удельной конторой в Нижнем Новгороде (1849 – 1859), в отставке в Москве (1859 – 1872)), ему везде параллельно приходилось заниматься медициной – консультировать и лечить больных, помогать открывать для низших сословий бесплатные больницы и т. д. [4, 5].

Самым великим достижением В. И. Даля, несомненно, является созданный им словарь: «Я любил отчизну свою и принес ей должную крупицу по силам». Нет сомнений, «крупица» оказалась великоватой. Кроме того, он изучал флору и фауну, опубликовав научные труды по этим темам. В. И. Даль был одним из двенадцати основателей Русского географического общества (первое заседание было проведено на его квартире 19 мая 1849 г.). При этом он постоянно занимался врачеванием, участвовал в научных экспериментах, проводил опыты на себе. Его повести, рассказы, сказки входят в золотой фонд русской литературы. В. И. Даль активно помогал, кому мог, не заботясь о личной выгоде и собственном благополучии [4, 5].

В. И. Даль был награжден многими орденами, медалями, премиями, избран членом-корреспондентом физико-математического отделения Петербургской академии наук [4, 5].

В последние годы жизни он часто и сильно болел, вышел в отставку, поселился в прекрасном шестиколонном доме в Москве на Большой Грузинской улице. У него, как обычно, собирались люди разных интересов, специальностей и профессий, и только один гостеприимный и разносторонний хозяин являлся коллегой всех.

Окружающие (родные, близкие и друзья) наивно полагали, что, окончательно завершив работу над словарем, В. И. Даль сможет больше внимания уделять заметно пошатнувшемуся здоровью (в 1871 г. он перенес первый инсульт). Однако он хорошо

знал негативное влияние смены стереотипов. Так и случилось. Вскоре после завершения работы над словарем у В. И. Даля случился повторный инсульт, от которого он, не приходя в сознание, умер 22 сентября (4 октября) 1872 г. Похоронен В. И. Даль в соответствии с не раз высказанным пожеланием на Ваганьковском кладбище в Москве.

Врачебная деятельность (как, впрочем, и вся сама жизнь) Владимира Ивановича Даля стала надежным духовным ориентиром и показательным нравственным примером для его современников и потомков.

Список источников

1. Мальчик с улицы Английской. URL : <https://vladimir-dal.ru/v-i-dal/biografiya/> (дата обращения: 01.12.2023).

2. Биография Владимира Ивановича Даля. URL: <https://www.litres.ru/author/vladimir-dal/ob-avtore/> (дата обращения: 01.12.2023).

3. Владимир Иванович Даль (1801 – 1872). URL : <https://museumdal.ru/Dal/> (дата обращения: 02.12.2023).

4. Владимир Иванович Даль – выдающийся военный врач: брошюра. – Луганск: ЛГМУ им. Святителя Луки, 2022. – 4 с. URL: https://lgmu.ru/images/docs/work/edu/Брошюра_В.И._Даль.pdf (дата обращения: 02.12.2023).

5. Хильмончик Н. Е. В. И. Даль – врач, владеющий словом // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2022. – № 4. – С. 134-137. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/v-i-dal-vrach-vladeyuschiy-slovom/viewer> (дата обращения: 03.12.2023).

РАДЫШ И. В., СНЕГИРЕВА Т. Г.,
ГЕЙКО Е. Г., КОРОСТЕЛЕВА М. М.

ПРОГРАММЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ДИЕТОЛОГИИ

Аннотация. Последние 30 лет отношение и восприятие дистанционного образования менялись по мере повышения доступности аккредитованных программ дистанционного образования в области диетологии, онлайн-курсов по нутрициологии. Пандемия коронавирусной инфекции 2019 г. вызвала необходимость использования дистанционного образования, что способствовало значительной технологической трансформации высшего образования.

Ключевые слова: дистанционное обучение, высшее сестринское образование, онлайн программы, диетология, нутрициология

RADYSH I. V., SNEGIREVA T. G.,
GEIKO E. G., KOROSTELEVA M. M.

DISTANCE EDUCATION PROGRAMS IN DIETOLOGY

Abstract. Over the past 30 years, attitudes and perceptions of distance education have changed as the availability of accredited distance education programs in dietetics and online courses in nutrition has increased. The 2019 coronavirus pandemic has necessitated the use of distance education, which has contributed to a significant technological transformation in higher education.

Keywords: distance learning, higher nursing education, online programs, dietetics, nutritional science

Концепция дистанционного образования существует с XIX в. В области диетологии дистанционное образование началось

в 1970-х гг. с чтения лекций по повышению квалификации с использованием телефонной сети [1]. Отношение и восприятие дистанционного образования менялось по мере расширения доступности онлайн-курсов и аккредитованных дистанционных программ. В период с 1995 по 2005 г. наблюдалось 10-кратное увеличение использования дистанционного образования по программам бакалавриата, аккредитованных Комиссией по аккредитации/утверждению диетологического образования (CAADE) [2]. В 2005 г. примерно треть из 150 программ бакалавриата по диетологии предлагали дистанционные образовательные курсы в том или ином формате. В конце 1990-х гг. было обнаружено, что проведение дистанционных курсов по питанию с использованием электронной почты повышает коммуникацию между студентами, преподавателями и/или наставниками [3].

Проведенное в 2005 г. исследование аккредитованных программ в США показало, что наиболее распространенным курсом дистанционного обучения по диетологии был базовый или вводный курс питания (31%), а 48% дистанционных курсов предлагались в виде 100% онлайн-курсов. В 2007–2008 гг. 9,5% аспирантов были зачислены на онлайн-программу магистратуры по всей стране.

Национальный совет государственных советов по сестринскому делу (NCSBN) в 2015 г. опубликовал официальный документ: «Рекомендации по регулированию сестринского дела для дистанционного образования», в котором отражены рекомендации для программ дистанционного обучения сестринскому делу, имеющих отношение к питанию и диетологии. Отмечена положительная оценка медсестрами онлайн-обучения и его влияния на профессиональные навыки [3].

С началом пандемии COVID-19 в 2020 г. 7 млн студентов после бакалавриата были зачислены на курсы дистанционного образования по сравнению с 2,4 млн в 2019 г. Оценка результатов обучающихся онлайн (итоговый опыт, устный комплексный экзамен и электронное портфолио) показала более эффективное

обучение, синтез информации и готовность внести свой вклад в качестве члена медицинской команды. Использование элементов онлайн обучения в качестве дополнения к лекциям приводит к получению эквивалентных или более высоких оценок/успеваемости на экзаменах, улучшает навыки клинического мышления, способность студентов выбирать подходы к консультированию. В нескольких систематических обзорах сообщалось, что студенты, обучающиеся по программам дистанционного образования в области медицинских наук, не отличаются от студентов на традиционном очном обучении по профессиональным навыкам или эффективности профессиональной деятельности на рабочем месте [4, 5, 6].

Пандемия коронавирусной инфекции 2019 г. (COVID-19) бросила вызов традиционной лекционной модели преподавания в высшей школе, заменив ее на онлайн формат. В течение осени 2019 г. 36,3% студентов бакалавриата и 42,3% аспирантов проходили дистанционные курсы обучения в США. Спустя год (осень 2020 г.) 73% студентов высших учебных заведений были зачислены на дистанционные образовательные курсы. По мере того, как менялись рекомендации в связи с COVID-19, менялось и проведение курсов, и ожидания как преподавателей, так и студентов. В 2020 г. пандемия COVID-19 стала причиной резкого перехода на дистанционное обучение для всех программ диетического образования в Соединенных Штатах, включая программу бакалавриата и магистратуры по диетологии в Университете штата Нью-Мексико.

В период с февраля по март 2021 г. проведено анкетирование для оценки восприятия студентами-диетологами (n=526) влияния пандемии COVID-19 на академическую успеваемость, психическое и физическое здоровье. Результаты опроса показали, что в течение осеннего семестра 2020 г. студенты проходили 78% своих курсов онлайн. При этом 87% студентов-диетологов испытывали повышенный стресс, 64% сообщили о проблемах с психическим здоровьем, 32% – о расстройствах пищевого поведения.

Большинство студентов согласились с тем, что COVID-19 негативно повлиял на качество их образования, они отметили, что осенью 2020 г. узнали меньше, чем обычно. Тем не менее, большинство студентов согласились с тем, что их программа соответствует их образовательным потребностям и курсы по диетологии можно эффективно преподавать онлайн. Анкетированные положительно оценили сокращение расходов на поездки к месту учебы, снижение стресса, связанного с потенциальным воздействием COVID-19, и более высокие средние баллы успеваемости [7].

Тем не менее, среди студентов, изучающих медицинские специальности, выявлены негативные последствия для психического и физического здоровья этого незапланированного перехода к онлайн-образованию. В РУДН в период учебного 2021/22 года обследованы обучающиеся по программам высшего сестринского образования 1–2 курсов с применением опросников качества жизни, шкал сонливости Эпворта, симптомов депрессии Питтсбургский опросника индекса качества сна. В связи с переходом и адаптацией студентов к дистанционной форме обучения в университете в период социальной изоляции, нарушением общепринятого графика занятий и двигательной активности, гиподинамией, большой нагрузкой на опорно-двигательный аппарат и зрение, а также цифровой нагрузки. Установлено, что студенты отметили снижение психоэмоционального фона настроения, легкую депрессию, снижение мотивации к обучению, повышение умственной утомляемости, когнитивные расстройства, нарушение ночного сна и бессонницу [8].

Таким образом, при правильном проведении дистанционное образование может привести к эквивалентным результатам, предоставляя студентам дополнительные возможности. Однако существуют объективные препятствия на пути к увеличению эффективности программ дистанционного образования и охвата студентов дистанционным образованием: технические неполадки; низкая самооэффективность; ограниченный доступ к техно-

логиям учащихся из социально-незащищенных категорий. Целеобразно развивать инфраструктуру информационных технологий и техническую поддержку, обеспечить всем студентам доступ к необходимым технологическим ресурсам. Университеты должны обучать преподавателей дистанционного образования передовым практикам онлайн-образования, повышать коммуникативные навыки и цифровую грамотность, от студентов требуется большая самостоятельность, мотивация и навыки тайм-менеджмента.

Список источников

1. Bueche JL, Jensen JMK, Martin K, Riddle E, Stote KS. Distance Education in Nutrition and Dietetics Education over the Past 30 Years: A Narrative Review // *J Acad Nutr Diet.* – 2023. – Apr.;123(4):664-672.
2. Spangler A. A., Spear B., Plavcan P. A. Dietetics education by distance: current endeavors in CAADE-accredited/approved programs // *J Am Diet Assoc.* –1995;95(8):925-929.
3. Authement R.S., Dormire S.L. Introduction to the online nursing education best practices guide // *SAGE Open Nurs.* – 2020;6.
4. McDonnell E., Achterberg C. Development and delivery of a nutrition education course with an electronic mail component // *J Nutr Educ.* – 1997;29(4):210-214.
5. Vaona A., Banzi R., Kwag K.H., et al. E-learning for health professionals // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2018; – 2018(8).
6. Stocker B.L. Transitioning from on-campus to online in a master of science nursing program: a comparative study of academic success // *Am J Distance Educ.* – 2018. – 32(2):113-130.
7. Rogus S., Martin S., Phillips S.G. Teaching in an undergraduate dietetics program and internship during COVID-19 // *J Fam Consum Sci.* – 2021;113(2):25–29.
8. Гейко Е. Г., Радыш И. В., Артемьева М. С., Снегирева Т. Г., Ляпунова Т. В. Сравнительная оценка качества жизни, сна и

психоэмоционального напряжения у студентов при дистанционном и смешанном обучении // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2022. – № 10. – С. 779-794.

СЕЛЕДЦОВ А. М., ЯКОВЛЕВ А. С., АКИМЕНКО Г. В.

**МНОГОМЕРНОСТЬ ПРОБЛЕМ
СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ:
НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ И ИННОВАЦИИ
В ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Аннотация. В статье предпринята попытка рассмотреть базовые тенденции и инновации, которые могут в ближайшем будущем оказать влияние на работу психиатрической службы. Цель исследования: рассмотреть перспективы развития психиатрии в связи с социальными и научными сдвигами, влияющими на профессиональную деятельность клинических врачей в XXI в.

Ключевые слова: психиатрия, COVID-19, теле - и интернет медицина, искусственный интеллект

SELEDTSOV A.M., YAKOVLEV A. S., AKIMENKO G. V.

**MULTIDIMENSIONALITY OF PROBLEMS
OF MODERN PSYCHIATRY:
DIRECTIONS OF DEVELOPMENT AND INNOVATIONS
IN PROVIDING PSYCHOLOGICAL CARE**

Abstract. The article attempts to consider the underlying trends and innovations that may have an impact on the work of mental health services in the near future. Purpose of the study: to consider the prospects for the development of psychiatry in connection with social and scientific changes affecting the professional activities of clinicians in the 21st century.

Keywords: psychiatry, COVID-19, tele - and internet medicine, artificial intelligence

Психиатрия всегда характеризовалась рядом различных моделей и подходов к психическим расстройствам. События первых десятилетий XXI в. и, главным образом, опыт работы психиатрических служб в условиях пандемии COVID-19 ставят перед обществом целый ряд фундаментальных вопросов. Особое место занимает психиатрическая нозология.

Начало XXI в. ярко демонстрирует широкое распространение социальных опасностей и болезней, которые обусловлены экономическим и социальным развитием современного общества.

В части диагностики психиатрия достигла таких огромных успехов, которые остальным отраслям медицины в настоящее время просто не доступны. Так, если в начале XX в., специалисты различали только 5 психиатрических заболеваний, то в начале XXI в. психиатры «открыли» для себя уже 374 психических заболеваний. Анализ, проведенный в Европе, России и США, показал, что количество психиатрических клиник за два последних десятилетия увеличилось более чем в 3 раза, а количество госпитализаций по психиатрическим показаниям – в 1,5 раза. При этом число амбулаторных посещений пациентов, имеющих психиатрические диагнозы, возросло в 5 раз [1].

Пандемия оказала негативное воздействие на психическое здоровье людей во всем мире. Подобно прошлым респираторным вирусным эпидемиям, таким как ТОРС и эпидемии гриппа, COVID-19 вызвал симптомы тревоги, депрессии и посттравматического стрессового расстройства у различных групп населения, включая медицинских работников, а также пациентов и лиц, находящихся на карантине. Неврологические нарушения возникают примерно у 36,4 % пациентов с COVID-19 [2]. И так как,

коронавирус способен повреждать центральную нервную систему, психические и невротические расстройства могут переходить в хроническую стадию.

Согласно последним международным исследованиям, ситуация, связанная с COVID-19, нарушила оказание критически важной помощи при различных психических расстройствах в 93 % стран мира. Несмотря на то, что в данных условиях спрос на медицинскую помощь при расстройствах психического здоровья возрос более чем в 3,5 раза. Данные из 130 стран показывают первые разрушительные последствия влияния коронавируса COVID-19 на возможность получения качественной помощи в области психического здоровья. Такая ситуация дает опасения того, что психические изменения и расстройства при коронавирусе могут сохраниться в долгосрочной перспективе. Одна из причин, по которой специалисты обеспокоены вероятностью долгосрочного воздействия ситуации, связанной с коронавирусом, это существующие данные по предыдущим пандемиям и национальным чрезвычайным ситуациям. В этой связи ВОЗ опубликовала рекомендации по увеличению финансирования помощи людям с проблемами психики и поиску новых форм оказания медицинской помощи [3].

В сложившихся неблагоприятных условиях было доказано, что программы мониторинга и вмешательства при стрессах, депрессии и тревоге по телефону и через Интернет являются жизнеспособными и эффективными [4, 5]. Лечение психических расстройств, основанное на измерениях, будет интенсивно развиваться и в дальнейшем, так как даже хронически больные психиатрические пациенты все чаще используют компьютерные инструменты для оценки своего клинического статуса перед визитом в клинику [6].

Специалисты-консультанты могут помочь каждому практикующему врачу, живущему в отдаленных районах, диагностиро-

вать и лечить местных пациентов. Используя телемедицину, психиатры уже помогают сельским врачам первичной медико-санитарной помощи лечить психические расстройства [7].

Интернет позволяет взаимодействию пациентов с медицинскими работниками становиться все более асинхронными. Сложное вербальное и невербальное общение может осуществляться в HD-формате в «Любое удобное для Вас время и – независимо – для Меня». Врач из удаленной местности оставляет сообщение / вопрос или отправляет (зашифрованный конфиденциально) видеоклип с пациентом, и специалист отвечает на него, когда ему это удобно.

Феноменальная скорость, с которой в XXI в. распространяются Интернет, видеоигры, смартфоны и социальные сети, иллюстрирует, насколько современные достижения в этой области могут иметь разрушительные последствия, зачастую совершенно непредвиденные. Специалисты в области психиатрии и программирования уже сегодня работают над тем, чтобы использовать эти наработки в качестве прототипа для разработки учебных курсов по психиатрии и изменить существующие в настоящее время психиатрические представления и практики.

Геномика, протеиномика и эпигенетика. В настоящее время в условиях быстро падающих цен на определение индивидуальных геномов персонализированная медицина могла бы рекомендовать конкретные схемы назначения лекарств, что позволит клиницистам лучше прогнозировать положительный ответ на лечение и конкретные побочные эффекты лекарств. Chip Medicine может выявить психологическую уязвимость личности человека к определенным расстройствам, темпераменту, склонности к стрессовым реакциям и другим генетически чувствительным характеристикам. Помимо генетического полиморфизма, эпигенетическое профилирование сможет более точно охарактеризовать личную уникальность, возможно, конкурируя с генетикой в формировании развития, психологии и поведения [3].

Нейроиммунология. Понимание того, как цитокины и связанные с ними иммунные функции влияют на опосредованные психопатологией мозговые процессы, будет становиться все более значимым направлением исследования и дальнейшего развития, имеющего уникальное значение при лечении воспалительных и аутоиммунных нейропсихиатрических расстройствах [4, 5].

Продвинутая нейровизуализация и исследования схем мозга. В настоящее время специалисты уже могут виртуально наблюдать за поражением воображения благодаря все более совершенным технологиям визуализации, таким как 3-D и МРТ [6]. Схема мозга в психопатологии является важным фактором, стоящим за новой инициативой NIMH по критериям исследовательской области (RDoC), направленной на углубление точности диагностики за счет интеграции мозга, генетики и поведения [7]. Цели исследования включают: изучение парадигмы стресса и страха [8]; привязанность, сочувствие и интерсубъективность через зеркальные и социальные нейронные системы; и нейробиология травматического развития, например, при пограничном расстройстве личности [9].

Изучение нейробиологических коррелятов. Психологическая терапия может помочь клиницистам лучше интегрировать психологические, межличностные и биологические аспекты в лечение. Следующим шагом в этом направлении может быть подключение двух расположенных рядом устройств визуализации для наблюдения за парами, взаимодействием родителей и детей или сеансами терапии.

Продвинутой искусственный интеллект (ИИ) на основе суперкомпьютеров. Служба национальной безопасности США уже добилась прогресса в технологиях, способных разделить эмоционально сложные когнитивные и эмоциональные состояния на основе анализа голоса и языка тела в реальном времени [10]. Сложные адаптивные системы, использующие принятие решений экспертными системами на основе нечеткой логики и использующие

генетические алгоритмы, которые создают свои собственные нейронные сети, уже демонстрируют новые свойства, такие как: способность генерировать творческие идеи. По мере того, как алгоритмы ИИ становятся все более искусными в различении правдивости от обмана, смешанных эмоциональных состояний и других важных характеристик, общество может ожидать, что персонализированные терапевтические системы ИИ будут точно настроены на индивидуальные профили пациентов.

В XXI в. постоянно совершенствующиеся технологии виртуальной реальности трансформируются в игровые симуляторы, например такие как «Sims». Группа исследователей из Стэнфордского университета и Google Research создала игру, в которой виртуальными миром управляет не человек, а ChatGPT. О том, как протекал этот эксперимент и к каким выводам он привел, рассказываем в тексте. Некоторые из них оказались адептами психотерапии. Например, психотерапия, основанная на играх в виртуальной реальности. Это позволяет специалистам работать с личностными когнитивным и эмоциональным искажениями пациентов. Или корректировать их дисфункциональную модель межличностного общения [11, 12].

«Обратное проектирование» мозга может привести к «нейроморфизму», что в конечном итоге приведет к нейропротезированию и даже протезированию разума. Робототехника в настоящее время развивается в направлении предоставления индивидуально запрограммированной психологической поддержки, которая будет обеспечиваться «роботом-спасателем» по аналогии с домашним животным-спасателем. Объединение Roomba, современных японских технологий и робототехники Массачусетского технологического института с персональным психологом SmartPhone вероятно уже не за горами. И тогда клиницисты-психиатры смогут использовать на практике генерирующих контрперенос компьютерных роботов.

Будущие возможности психотерапии. Как упоминалось выше, достижения в области виртуальной реальности и компьютерных «игр» могут помочь пациентам улучшить свои навыки решения психологических проблем и справиться со стрессом и депрессией. Возможно, психотерапия может быть назначена в соответствии с индивидуальными характеристиками нервной системы и обработки информации, возможно, на основе вариантов полиморфизма пациента (и терапевта). Это не слишком надуманно, поскольку было доказано, что генетически опосредованные факторы личности, такие как «межличностная чувствительность» и «эмпатическая способность», предсказывают лучшие результаты психотерапии, независимо от конкретного психиатрического диагноза.

Новые технологические и научные достижения, вероятно, вызовут потребность в новых психиатрических специальностях. Например, клинические «компьютерные специалисты», которые в перспективе будут заниматься всеми видами компьютерной практики, от управления заболеваниями через Интернет до электронных медицинских записей в истории болезни. Психиатры, обученные проектированию игр в виртуальной реальности, могут определять сценарии для оценки и лечения широкого спектра психических расстройств, как уже было продемонстрировано на примере фобий, посттравматического стрессового расстройства и синдрома Аспергера. В разработке находятся методы лечения «необычных личностей» [13].

Новые технологии визуализации потребуют от экспертов администрирования и интерпретации, а также применения все более локализованных вмешательств, включающих глубокую стимуляцию мозга или операцию гамма-ножа, например, при устойчивом к лечению обсессивно-компульсивном расстройстве.

Вместе с тем в обозримом будущем от специалистов в области общей психиатрии по-прежнему будет требоваться овладение всеми классическими клиническими навыками, профессионализм, хорошие коммуникативные умения и сформированные

системные компетенции. Поэтому одной из основных задач учебной программы по психиатрии в ординатуре должна быть задача научить будущего специалиста думать о диагнозе.

Современный ускоряющийся мир может спровоцировать расстройства, связанные с новыми технологиями, например, такими как интернет-зависимость, быстрое и преждевременное устаревание профессии, множественные ролевые деформации и синдромы перегрузки внимания взрослых; психологические деформации, связанные с вирусными инфекциями и другими [14, 15]. И это будет требовать адекватного и своевременного ответа специалистов.

За последние десятилетия в психиатрической диагностике и лечении были достигнуты заметные успехи. Вместе с тем, несмотря на значимый прогресс, существует реальная потребность в дальнейшем совершенствовании методов диагностики вмешательства. Инновации, вероятно, будут достигнуты путем постепенного прогресса и итеративной интеграции.

Список источников

1. Cardwell C. N. The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)-APA-2014. Cardwell C. N. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th edition). – 2014; Washington, DC American Psychiatric Association.

2. Arora S., Geppert C., Kalishman S., et al: Academic health center management of chronic diseases through knowledge networks: Project Echo. Acad Med 2007; 82:154-160.

3. Yager J: The 2002 Psychologist Prescribing Law in New Mexico: the psychiatrist's perspective. Maryland Med 2002; 3:21-25, 45.

4. Roy-Byrne P., Craske M. G., Sullivan G., et al: Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized, controlled trial. JAMA 2010; 303:1921-1928.

5. Deegan P. E., Rapp C., Holter M., et al: Best practices: a program to support shared decision-making in an outpatient psychiatric medication clinic. *Psychiatr Serv* 2008; 59:603605.
6. Murphy E., Kapur N., Webb R., et al: Risk assessment following self-harm: comparison of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs* 2011; 67:127-139.
7. Fisher E. S.: Building a medical neighborhood for the medical home. *N Engl J Med* 2008; 359:1202-1205.
8. Keyser D. J., Houtsinger J. K., Watkins K., et al: Applying the Institute of Medicine quality chasm framework to improving health care for mental and substance use conditions. *Psychiatr Clin N Am* 2008; 31:43-56.
9. Simon G. E., Ludman E. J., Tutty S., et al: Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized, controlled trial. *JAMA* 2004; 292:935-942.
10. Tyrer P. The future of the community mental health team. *International Review of Psychiatry*. – 2000;12(3):219-225. URL: <https://doi.org/10.1080/713673752> (дата обращения: 12.02.2024).
11. Levy Y. E. Debating psychiatry: A critical review of some recent discussions. *Vertex*. – 2015;26(121):229-233 (In Spanish).
12. *Depressed and Anxious: The Dialectical Behavior Therapy Workbook for Overcoming Depression and Anxiety* by Thomas Marra (2004, Trade Paperback, Workbook).
13. Regier D. A., Narrow W. E., Clarke D. E. DSM-V field trials in the USA and Canada. Part: Study design sampling strategy, implementation and analytic approach. *Am J Psychiatr*. – 2013; 170:43-58.
14. Sartorius N. The WHO/ADAMHA (Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration) Joint project on Diagnosis and Classification of Mental Disorders. Cooperative agreement from the NIMH (National Institute of Mental Health) to the WHO 1983-2020.

15. Макушкин Е. В., Осколкова С. Н., Фастовцов Г. А. Психиатрия будущего: многоаспектность проблем современной психиатрии и разработка новых классификационных систем // Журнал неврологии и психиатрии. – 2017. – № 8. – С. 118-123.

СНЕГИРЕВА Т. Г., РАДЫШ И. В., КОРОСТЕЛЕВА М. М.

**LA MACHINE МАДАМ ДЮ КУДРЕ:
РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ**

Аннотация. Ведущая роль в становлении концепции симуляционного обучения в акушерстве принадлежит Анжелике Маргарите Ле Бурсье дю Кудре. Используя La Machine, один из первых акушерских фантомов, самый сложный, детализированный и анатомически точный на сегодняшний день, она обучила тысячи акушерок и врачей.

Ключевые слова: образовательные программы, модели, сестринское дело, акушерство

SNEGIREVA T. G., RADYSH I. V., KOROSTELEVA M. M.

**LA MACHINE MADAME DU COUDRAY:
THE ROLE OF SIMULATION MODELS
IN EDUCATIONAL PROGRAMS**

Abstract. The leading role in the development of the concept of simulation training in obstetrics belongs to Angelique Marguerite Le Boursier du Coudray. Using La Machine, one of the first obstetric phantoms and the most complex, detailed and anatomically accurate to date, she has trained thousands of midwives and doctors.

Keywords: educational programs, models, nursing, midwifery

Сегодня невозможно представить преподавание акушерства без моделей, так называемых фантомов, пользующихся большой популярностью в области медицинского образования. В 1797 г. Г. Г. фон Лангсдорф (1774 – 1852) описал акушерскую симуляцию на фантомах в диссертации «Краткий отчет о подобию или приспособлениях для отработки акушерских навыков, также называемых фантомами». Термин «фантом» происходит от художественной модели беременной женщины, созданной М. М. Бизрон (1719 – 1795), которую она представила Королевской академии наук в Париже в 1770 г. [1]. Швейцарский историк У. Бошунг определяет термин фантом следующим образом: «На так называемом фантоме, копии родового канала и зрелого плода, демонстрировались и диагностировались положения ребенка, практиковались ручные роды и наложение щипцов». В 1803 г. доктор А. Э. фон Зибольд (1775 – 1828) сформулировал десять требований к «хорошо обставленному фантому». Она должна «максимально имитировать природу», содержать «настоящий скелетированный таз женщины», иметь «прикрепленную» матку, шейка матки которой «может быть расширена и сужена». Вероятно, первый акушерский фантом разработан шведским врачом И. ван Хорну (1661–1724), который, использовал сохранившийся женский тазовый препарат с детским манекеном в учебных целях в начале XVIII в. [2]. В дальнейшем акушерские фантомы начали распространяться по Европе. На сегодняшний день выделяется детализированный акушерский фантом французской акушерки мадам дю Кудрей – La Machine.

Анжелика Маргарита Ле Бурсье дю Кудре (ок. 1712 – 1794) была официально зарегистрирована в качестве акушерки в Париже в феврале 1740 г. В октябре 1759 г. король Франции Людовик XV поручил мадам дю Кудре обучать сельских акушерок в связи с высоким уровнем детской смертности в его королевстве и сопутствующим сокращением населения – 200 000 новорожденных ежегодно умирали в сельских районах Франции из-за недо-

статочной акушерской квалификации. В течение следующей четверти века мадам дю Кудре обучила от 4000 до 10 000 акушерок и даже врачей во время своего Тур де Франс (примерно между 1759 и 1783 годами) по Франции и части Бельгии. Она разработала первый национальный учебный курс на основе симуляции для сельских акушерок, длившийся 2 месяца [3].

Ее труд «Краткое изложение искусства родов» («Abrégé de l'Art des Accouchements») был первым пособием по практическому обучению акушерок, основанному на симуляции. Впервые опубликованный в 1759 г. он неоднократно переиздавался до 1785 г. с использованием современной технологии многоцветной печати, которая ранее не применялась для акушерских иллюстраций. Это упрощало процесс обучения, поскольку студентки сельских районов Франции, были неграмотными, а дополнительное цветовое кодирование цветowych таблиц значительно облегчало усвоение информации [4].

Были изложены принципы анатомического строения тела, подробно описаны матка, мочевого пузырь, прямая кишка, влагалище и вульва, кости и связки, сделан акцент на физиологии беременной женщины, плода, плаценты, пуповины. Акушерок учили диагностировать беременность, проводить гинекологическое обследование, рассказывали об опухолях матки, выкидышах мертворождениях. После теоретических основ курса переходили к практическим занятиям на фантоме La Machine.

Реалистичный фантом La Machine представлял нижнюю часть женского туловища. В качестве опорного каркаса выступал настоящий женский таз, обеспечивающий фантому жесткую структуру и придающий устойчивость. Он был установлен на деревянном основании, что позволяло увидеть влагалище, матку, придатки, мочевого пузырь с мочеточниками и прямую кишку. Все анатомические структуры были помечены для сравнения с учебником. Шелковые ленты имитировали различную степень открытия шейки матки в разные периоды родовой деятельности.

Была представлена оригинальная «сухая» модель, в которой цветные материалы имитировали амниотическую жидкость, и модифицированная, в которой для имитации амниотической жидкости или крови использовались пропитанные губки.

La Machine дополняли манекены новорожденных с конечностями, свободно двигающимися во всех положениях. Это позволяло фантомному плоду принимать любое как физиологическое, так и патологическое положение. Разные размеры головки плода, отделенные от туловища манекена, представляли патологии: анэнцефала или мацерированную кожу головы. Такая тактильная демонстрация была направлена на повышение осведомленности будущих акушерок о диагностике серьезных осложнений. Плацента, гибко соединенная с пуповиной, была вышита красными и синими нитями, имитировавшими артерии и вену, дополнена амниотическими оболочками. Стандартный вариант фантома из льна стоил 300 ливров (сегодня около 2800 долларов США или 2400 евро), цена версии из шелка составляла 500 ливров. Единственная полностью сохранившаяся версия такого фантома, напоминающая версию 1756 г., сегодня выставлена в Музее Флобера и истории медицины в Руане, Франция.

Таким образом, мадам дю Кудре оказала значительное влияние на качество образовательного процесса и эффективность медицинской помощи. Эта тенденция сохраняется и в настоящее время, акушерское моделирование позволяет усваивать теоретические знания и улучшает компетенции студентов медицинских вузов.

Список источников

1. Owen H. Simulation in obstetrics, gynecology and midwifery. In: Simulation in Healthcare Education. Springer International Publishing; 2016:69-242.

2. Scharf JL, Bringewatt A, Dracopoulos C, Rody A, Weichert J, Gembicki M. La Machine: Obstetric Phantoms of Madame Du Coudray ... Back to the Roots. J Med Educ Curric Dev. – 2022. – Apr. 18; 9:23821205221090168.

3. Baskett TF, ed. Coudray, Angelique Marguerite Le Boursier du (1715–1794): obstetric mannequin. In: Eponyms and Names in Obstetrics and Gynaecology. 3rd ed. – Cambridge University Press; 2019:97-99.

4. Carty E. Educating midwives with the world's first simulator: Madame du Coudray's Eighteenth Century Mannequin. Canadian Journal of Midwifery Research and Practice. – 2010;9(1):11.

5. Shelton DC. Man-midwifery history: 1730–1930. J Obstet Gynaecol. – 2012;32(8):718-723.

СОЛДАТОВА Е. Ю., ШАНГИНА О. А., СОЛДАТОВА Ж. И.
ПЕРМЯКОВА Е. Ю., ШЕЛИХОВ В. Г.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Аннотация. Бронхиальная астма – является гетерогенным заболеванием, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей. Бронхиальная астма одно из заболеваний, при котором ежегодно увеличивается количество заболевших, что приводит к снижению качества жизни, нередко к стойкой утрате трудоспособности, а также смертности.

Ключевые слова: бронхиальная астма, аллергены, воспаление

SOLDATOVA E. Yu., SHANGINA O. A., SOLDATOVA Zh. I.
PERMYAKOVA E. Yu., SHELIKHOV V. G.

BRONCHIAL ASTHMA IN ADULTS: THE MAIN PROBLEMS OF MODERN DIAGNOSTICS AND PHARMACOTHERAPY

Abstract. Bronchial asthma is a heterogeneous disease characterized by chronic inflammation of the respiratory tract, the presence of respiratory symptoms such as wheezing, shortness of breath, chest congestion and cough, which vary in time and intensity, and manifest themselves together with variable airway obstruction. Bronchial asthma is one of the diseases in which the number of cases increases annually, which leads to a decrease in the quality of life, often to permanent disability, as well as mortality.

Keywords: bronchial asthma, allergens, inflammation

К факторам, способствующим развитию бронхиальной астмы, относятся: генетическая предрасположенность, наличие аллергической реакции на домашнюю пыль, шерсть животных, пыльцу растений, грибы рода пенициллина, поллютанты, пищу (рыбу, яичный белок, орехи, цитрусовые. Медиаторами воспаления являются: брадикинин, гистамин, интерлейкины, хемокины, а также клетки воспаления: тучные клетки, эозинофилы, нейтрофилы, Т-лимфоциты [1].

В нашем исследовании мы раскрываем особенности диагностики бронхиальной астмы на примере конкретного клинического случая.

Пациентка А., 56 лет поступила экстренно в приемное отделение ГАУЗ ККБ СМП после контакта с парами растворителя на рабочем месте в тяжелом состоянии. Из анамнеза заболевания: Считает себя больной с 2016 г., когда впервые на фоне частых ОРВИ отмечала появление сухого приступообразного кашля

длительностью более 3-х недель, ощущение заложенности в грудной клетке, одышку с затрудненным выдохом при минимальной ФН. С данными жалобами обратилась в поликлинику к терапевту, где на основании вышеуказанных симптомов был установлен диагноз: Хронический бронхит, в связи с чем была назначена антибактериальная терапия, отхаркивающие препараты (названия пациентка не помнит). На фоне проведенного лечения отмечала положительную динамику: уменьшение одышки, появление продуктивного кашля. До 2019 г. отмечала удовлетворительное состояние, обострений заболеваний не было, периодически отмечался кашель непродуктивный или с небольшим количеством мокроты. В феврале 2019 г. после переохлаждения появилась одышка смешанного характера при минимальной физической нагрузке, сухой непродуктивный приступообразный кашель, ограничение физической активности, приступы удушья в ночное время. С данными жалобами была госпитализирована в ГАУЗ КО КГБ №11 с диагнозом: Хронический бронхит средней степени тяжести. ДН - 2. В связи с сохраняющимся непродуктивным кашлем и одышкой в июне 2019 г. осмотрена пульмонологом, установлен диагноз: Бронхиальная астма, дебют? Пациентке проведено обследование и получены следующие данные: Спирометрия: ОФВ1 = 40%. ЖЕЛ = 54%, БДТ – отрицательный. Назначена терапия: Вентолин ДАИ по потребности, Монтелукаст 10 мг на ночь 3 месяца. Согласно определению бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей [6]. Большинство пациентов, страдающих БА, хорошо отвечают на традиционную терапию, достигая контроля заболевания. Однако существенная часть пациентов (20–30%) имеет трудные для терапии фенотипы БА (тяжелая атопическая БА, БА при

ожирении, БА курильщика, БА с поздним дебютом, БА с фиксированной бронхиальной обструкцией) и может быть рефрактерна к традиционной терапии. У них отмечается высокая частота обострений и обращений за неотложной медицинской помощью [2]. Неаллергическая БА: встречается преимущественно у взрослых, не связана с аллергией. Профиль воспаления дыхательных путей у пациентов с данным фенотипом может быть эозинофильным, нейтрофильным, смешанным или малогранулоцитарным. В зависимости от характера воспаления пациенты с неаллергической астмой могут не отвечать на терапию ИГКС [3]. 17.06.2021 г. пациентка была осмотрена аллергологом, выявлен повышенный уровень IgE = 322,75 МЕ/мл. Аллергопробы: сенсibilизация к деревьям, злакам, сорнякам. Повторно осмотрена пульмонологом, подтвержден диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, интермиттирующее течение, обострение. Таким образом, пациентке, имеющей клинические проявления бронхиальной астмы с 2016 г., только через 5 лет впервые установлен правильный диагноз и проведена базисная терапия по заболеванию. Пациентке впервые была назначена базисная терапия в виде ингаляционного препарата симбикорт 160/4.5 мкг в режиме гибкого дозирования. Авторы концепции гибкого дозирования исходят из нескольких соображений: Гибкое дозирование более удобно для больного. Можно уменьшить общую дозу ИГКС, так как после улучшения состояния больной быстро уменьшает число ингаляций, а значит снизить риск НЛР при использовании ИГКС. Снижается общая стоимость лечения. Снижается количество обострений, поскольку временное увеличение дозы симбикорта позволяет предотвратить их развитие [4].

У нашей пациентки бронхиальная астма развилась в возрасте ближе к пожилому, так называемая астма с поздним дебютом: у некоторых пациентов, особенно женщин, астма развивается впервые уже во взрослом возрасте. Эти пациенты чаще не имеют аллергии и, как правило, являются относительно рефрактерными к терапии ГКС или им требуются более высокие дозы и

ГКС [5]. Следует отметить, что данная пациентка 3 года успешно применяла препарат симбикорт 160/4.5 мкг в режиме гибкого дозирования, отсутствовали обострения бронхиальной астмы. До 2022 года пациентка чувствовала себя удовлетворительно, не было обострений бронхиальной астмы, регулярно и ежедневно принимала назначенную базисную терапию. В феврале 2022 г. перенесла новую коронавирусную инфекцию, вирус идентифицирован ПЦР, легкой степени тяжести. Лечилась амбулаторно: Арбидол 200 мг 4 раза в сутки 5 дней. По окончании лечения сохранялся сухой приступообразный кашель, усилилась одышка смешанного характера, наблюдались многократные приступы удушья в ночное время, купирующиеся беродуалом с кратковременным эффектом, одновременно отмечает впервые появившуюся изжогу, была госпитализирована в ПО ГАУЗ ККБ СМП с диагнозом: Бронхиальная астма, эндогенная, персистирующая, средней степени тяжести, обострение. Сопутствующий диагноз: Меланома кожи лопаточной области слева. Меланома кожи без изъязвления, глубина инвазии по Бреслоу 1,5 мм. По Кларку 2 уровень pT2aN0M0 Ib стадия. 19.07.2021 г. широкое иссечение меланомы кожи. Находилась на лечении в пульмонологическом отделении с 04.03.2022 г. по 11.03.2022 г., дополнительно осмотрена гастроэнтерологом, проведено ФГДС: недостаточность кардии, хронический эзофагит. На основании жалоб, дополнительных методов исследования был установлен диагноз: ГЭРБ: рефлюкс – эзофагит 1ст. Назначено лечение: Диета №15. – ИПП: Омепразол по 20 мг 2 раза в сутки 4-6 недели за 30 минут до еды, Фосфалюгель (Малокс) 1 пакетик по требованию при изжоге. Назначена базисная терапия: Релвар элипта 22 мкг + 92 мкг, которую пациентка принимала до июня 2022 г. Препарат в дальнейшем не принимала в связи с его отсутствием, эпизодически использовала беродуал по потребности. Бронхиальная астма в пожилом возрасте сочетается с различной сопутствующей патологией, достаточно часто с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, как у нашей паци-

ентки, и, безусловно, требует комплексного подхода с обязательным вовлечением в процесс ведения пациентки гастроэнтеролога. Настоящее ухудшение наступило 27.09.2023 г. после контакта с парами растворителя на рабочем месте, а также отсутствием базисной терапии бронхиальной астмы, в связи с чем усилилась смешанная одышка, появился непродуктивный кашель и хрипы в грудной клетке. Из объективного осмотра: Общее состояние средней степени тяжести за счет бронхообструктивного синдрома. Положение легочного ортопноэ. В области левой лопатки имеются следы послеоперационного дефекта размером 7х4 см, цвет кожных покровов которого не отличается от окружающей ткани. ЧД - 22. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное с удлиненным выдохом, прослушивается во всех отделах, сухие свистящие хрипы по всем полям, усиливающиеся в горизонтальном положении. Лабораторно в пульмонологическом отделении было выявлено: по общему анализу мокроты воспалительный процесс (гнойная, вязкая, желтая с большим количеством лейкоцитов), КЩС (артерия) – $R_n = 7,49$ (алкалоз), снижение pCO_2 (парциальное давление CO_2) = 48,9 ммHg (метаболический). Инструментально при спирографии прирост ОФВ1 после пробы с БДТ на 12%, индекс Тиффно = 71%. На основании жалоб, анамнеза, лабораторных и инструментальных данных выставлен предварительный диагноз. Диагноз основной: Бронхиальная астма смешанная форма, частично контролируемая, обострение.

Осложнение основного диагноза: ДН 2 ст.

Сопутствующий диагноз: Хронический бронхит. ГЭРБ: рефлюкс – эзофагит 1ст. Меланома кожи лопаточной области слева (меланома кожи без изъязвления, глубина инвазии по Бреслоу 1,5 мм. По Кларку 2 уровень pT2aN0M0 Ib стадия). Состояние после широкого иссечения меланомы кожи 19.07.2021 г. Современная фармакотерапия бронхиальной астмы имеет в своем арсенале достаточно изученные антиэозинофильные препараты, используемые у пациентов с тяжелой атопической астмы, не поддающихся

контролю на традиционной терапии [6]. Однако, в процессе выбора генноинженерной биологической терапии, следует обращать внимания не только на показания, но и учитывать относительные противопоказания. В том числе сопутствующую онкологическую патологию как в данном случае [6]. В условиях пульмонологического отделения была начата: небулайзертерапия (Будесонид 2 мл 2 р\д ингаляционно; Астмасол 0, 25 мкг\мл + 0,5 мг\мл 2 мл 2 р\д ингаляционно); гормонотерапия Преднизолоном 90 мг с физ.раствором с последующем уменьшением дозировки. К 10 дню жалобы, беспокоящие при поступлении, купированы, кроме сохраняющегося кашля с отхождением вязкой гнойной мокроты; состояние больной улучшилось, положение стало активным, ЧД нормализовалась, количество свистящих хрипов значительно уменьшилось, но после кашля сохранялись; улучшился метаболизм миокарда.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует трудности диагностического пути пациента при бронхиальной астме в поликлиническом звене, современные проблемы в лечении данного заболевания у взрослого пациента с коморбидными заболеваниями.

Важно помнить, что диагноз БА является сугубо клиническим и устанавливается на основании жалоб и анамнестических данных пациента, с последующим лабораторным и инструментальным подтверждением. Вместе с тем, несмотря на кажущуюся простоту, диагноз по - прежнему вызывает трудности, особенно у врачей первичного звена, что подтверждает наличие у пациентки «хронического бронхита» на протяжении нескольких лет.

Список источников

1. Клинические рекомендации «Бронхиальная астма». – Москва, 2021.

2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы /под ред. А. Г. Чучалина. – Москва: Издательский холдинг «Атмосфера», 2020. – 108 с.

3. Генетика бронхиальной астмы. – Л.: Медицина, 2018. – 156 с.

4. Цой А. Н., Архипов В. В. Комбинированная терапия бронхиальной астмы: перспективы гибкого дозирования препарата // Consilium-Medicum. – 2004. – Т. 6, № 10.

5. Князев Ю. А., Никберг И. И. Бронхиальная астма. – Москва: Медицина, 2019. – 237 с.

6. Шангина О. А., Гулый Е. С., Шелихов В. Г. Опыт применения генно-инженерных препаратов в лечении тяжелой аллергической бронхиальной астмы у пожилого пациента //Клиническая геронтология. – 2022. – Т. 28. № 7-8. – С. 36-39.

ТЕЛИЧКО И. А., КУЛЕМИН М. Э.

Н. И. ПИРОГОВ – ОСНОВОПОЛОЖНИК ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

Аннотация. Николай Иванович Пирогов – гений русской науки, один из крупнейших представителей мировой медицины. Его труды и достижения имеют историческое значение, он внес огромный вклад в такие области как хирургия, военно-полевая хирургия, общая хирургия, основал медицинскую дисциплину – топографическая анатомия, а также занимался проблемами педагогики и общественной жизни. Н. И. Пирогов был широко образованный человек, блестящий клиницист, тонкий диагност и искусный врач.

Ключевые слова: медицина, хирургия, наука, анатомия, врач, хирург

TELICHKO I. A., KULEMIN M. E.

N. I. PIROGOV – FOUNDER OF MILITARY SURGERY

Abstract. Nikolai Ivanovich Pirogov is a genius of Russian science, one of the largest representatives of world medicine. His works and achievements are of historical significance; he made enormous contributions to such fields as surgery, military field surgery, general surgery, founded the medical discipline of topographic anatomy, and also dealt with problems of pedagogy and public life. N.I. Pirogov was a widely educated man, a brilliant clinician, a subtle diagnostician and a skilled doctor.

Keywords: medicine, surgery, science, anatomy, doctor, surgeon

Одним выдающихся врачей, внесших огромный вклад в развитие военно-полевой хирургии, является Н. И. Пирогов (1810 – 1881). С его именем связаны: создание топографической анатомии, военно-полевой хирургии, выполнение первой операции под ректальным наркозом в 1847 г., изготовление первой гипсовой повязки в полевых условиях в 1854 г., исследование в области костной пластик и многое другое.

Благодаря новаторским идеям Н. И. Пирогова были разработаны основы военной хирургии, системы военно-медицинского управления, процедуры медицинской помощи и эвакуации раненых с поля битвы. Его значительным вкладом стало создание отрядов сестер милосердия, которые впервые оказывали помощь раненым на месте боевых действий. Его труд «Начало общей военно-полевой хирургии» стал основой для организации работы военных хирургов в XIX – XX вв., а также оказал влияние на современные методы оказания медицинской помощи раненым на поле боя [1].

Н. И. Пирогов преобразовал систему медицинской помощи на поле боя, создав и внедрив новый подход к классификации раненых. Его методы стали основой современной организации лечебно-эвакуационного обеспечения. До Пирогова на перевязочных пунктах царил хаос и неразбериха из-за перегруженности хирургов. Пирогов внедрил практику военно-полевой хирургии сортировку раненых по тяжести ранения, а также непрерывности оказания помощи от непосредственного места боя до военного госпиталя.

В чрезвычайных ситуациях на поле боя проводились операции для серьезно раненых, а легко раненых направляли в стационар для дальнейшего лечения. Эта простая и эффективная система распределения ресурсов позволила сосредоточить усилия на предоставлении быстрой и качественной помощи. Н. И. Пирогов подчеркивал, что для успеха в военно-полевой хирургии необходима не только передовая медицинская наука, но и эффективная организация. Он критиковал некомпетентность и коррупцию в медицинском управлении, стремясь создать четкую и слаженную систему помощи раненым [1, 2].

Николай Иванович считал важным организовать взаимодействие между лечением и эвакуацией раненых и больных, опираясь на медицинские принципы при определении местоположения и специализации медицинских учреждений, а также объема оказываемой помощи. Он предложил разделить территорию страны и тыл действующей армии на эвакуационные районы, подчеркивая необходимость оказания помощи на поле боя и обучения личного состава навыкам оказания первой помощи и предоставления индивидуальных перевязочных пакетов.

Большое внимание было уделено организации эвакуации раненых с поля боя и их перевозке на медицинские пункты. По его предложению в 1869 г. в военных частях были введены специальные носилки. В целом система классификации раненых по Пирогову была успешно внедрена не только в русской армии, но и в армиях других государств.

Н. И. Пирогов разработал основные принципы лечения ранений, рассматривая войну как «травматическую эпидемию». Изучив характеристики пульс, используемых с 1847 по 1878 г., он пришел к выводу, что раненую область следует сохранять в покое и избегать обнажения поврежденных участков. Пирогов поддерживал идею «сберегательной» хирургии, отказываясь от ранней ампутации при огнестрельных ранениях конечностей с повреждением костей. Он считал, что для лечения ран необходимо не только применять антисептический метод, но и удалять сгустки крови, разможенные и ушибленные ткани. Его важным вкладом является разработка трех основных принципов лечения раненых: защита от дальнейших повреждений, иммобилизация и обезболивание в ходе операций на поле боя [3].

Н. И. Пирогов, после испытания свойств эфира в лабораторных условиях, на животных, на себе и на своих помощниках, стал применять его во время операций в полевых условиях. В полевых госпиталях он специально проводил операции перед другими пациентами, чтобы доказать им эффективность наркоза эфиром. Раненые убедились в его действии и без страха соглашались на наркоз, что позитивно сказывалось на результате операций. Всего за год Пирогов провел около 300-х операций под воздействием эфира.

Н. И. Пирогов неустанно работал над совершенствованием методов анестезии и обучением других врачей. Во время войны на Кавказе он разработал и применил новую методику фиксации переломов конечностей у раненых – гипсовую повязку. Однако, обнаружив ее недостатки, он заменил ее собственной разработкой – гипсовой повязкой из алебаstra (1852) [4].

Он ввел принципы «покоя раны» транспортной иммобилизации и гипсовой повязки, разделяя их на два отдельных аспекта: как средство для безопасной транспортировки и как метод лечения.

В военных госпиталях Н. И. Пирогов наблюдал, что врачи часто отдавали предпочтение помощи тем раненым, которые

громче всех жаловались и кричали, а не тем, кто действительно нуждался в срочной медицинской помощи из-за травматического состояния. Пирогов писал: «С оторванной рукой или ногой лежит такой окоченелый на перевязочном пункте неподвижно; он не кричит, не вопит, не жалуется, не принимает ни в чем участия и ничего не требует; тело его холодно, лицо бледно как у трупа; взгляд неподвижен и обращен вдаль; пульс как нитка...». Наблюдая за такими ранеными, Пирогов описал клиническую картину травматического шока и дал классическое определение этого состояния [3, 4].

Н. И. Пирогов сыграл важную роль в развитии асептики и антисептики. Еще до работ Луи Пастера и Джозефа Листера он выдвинул гениальную гипотезу о том, что нагноение ран вызвано живыми микроорганизмами («госпитальными миазмами»). В своей клинике он создал специальное отделение для пациентов инфицированных «госпитальными миазмами» и потребовал, чтобы весь персонал гангренозного отделения был отделен от других, имел отдельные перевязочные материалы и хирургические инструменты. Он также рекомендовал медицинскому персоналу уделять особое внимание чистоте своих рук и одежды.

Пирогов был сторонником профилактической медицины. Ему принадлежат знаменитые слова: «Я верю в гигиену. Вот где заключается истинный прогресс нашей науки. Будущее принадлежит медицине предохранительной».

Н. И. Пирогов выделял два пути развития военно-полевой хирургии: 1. Выжидательно-сберегательный: ожидание естественного заживления ран и сохранение конечностей по возможности; 2. Активно-профилактический: активное вмешательство для предотвращения осложнений и сохранения конечностей. С внедрением асептики и антисептики хирургия развивалась по второму пути.

В 1854 г. Н. И. Пирогов разработал знаменитую костно-пластическую операцию стопы, также известную как «костно-пластическое удлинение костей голени при вылущении стопы».

Эта операция стала общепризнанной благодаря своему основному принципу – созданию прочного «естественного» протеза с сохранением длины конечности. Она получила всеобщее признание и вошла во все руководства и учебники по оперативной хирургии, а также способствовала развитию остеопластики на стопе и других частях тела.

Н. И. Пирогов сыграл новаторскую роль в организации и применении женского ухода за ранеными в условиях боевых действий. В 1854 г. во время Крымской войны по инициативе Н. И. Пирогова и великой княгини Елены Павловны была создана община сестер милосердия, получившая в дальнейшем название – Крестовоздвиженской. В этом же году 28 сестер милосердия вместе с врачами отправились в Крым. В Севастополе он разделил их на четыре группы со специализированными функциями: перевязочные, аптекарские, хозяйственные и транспортные. Самоотверженный труд сестер милосердия превзошел все ожидания. Их героические действия на поле боя, в лазаретах и госпиталях получили широкое освещение в прессе, вызывая восхищение во всем мире. Эти отважные женщины неустанно помогали раненым, не жалея сил и времени. Позднее подобные женские бригады были созданы в армиях других стран [5].

После Крымской войны Н. И. Пирогов оставил преподавание хирургии и анатомии в Императорской медико-хирургической академии. Отставку выдающегося хирурга А. И. Герцен прокомментировал так: «одно из самых мерзких дел Александра, увольняющего человека, которым гордится Россия».

Н. И. Пирогов верил, что его труды будут оценены по достоинству в будущем и надеялся на улучшение народного образования. Он занимал должность попечителя Одесского, а затем Киевского учебного округа, но в конечном итоге был вынужден снова уйти в отставку. В 1866 г. Н. И. Пирогов окончательно поселился в селе Вишня, где сейчас находится его музей-усадебка. В своем поместье в селе Вишня Н. И. Пирогов посвятил себя оказанию медицинской помощи местным жителям и больным со

всей России. Он основал небольшую больницу, где ежедневно проводил операции и перевязки. За 15 лет жизни в Вишне Н. И. Пирогов усердно работал, редко покидая поместье. Исключением стали его поездки на франко-прусскую войну в 1870 г. и русско-турецкую войну 1877–1878 гг.

Эти поездки вдохновили его на написание трудов «Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 году» и «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877–1878 гг.».

В этих работах, а также в своем основополагающем труде «Начала общей военно-полевой хирургии, взятые из наблюдений военно-госпитальной практики и воспоминаний о Крымской войне и Кавказской экспедиции» (1865–1866), Н. И. Пирогов заложил фундамент для организации, тактики и методов военной медицины.

Таким образом, Н. И. Пирогов внес неоценимый вклад в медицину, превратив хирургию в научную дисциплину с обоснованными методами проведения операций. Он основал и руководил первой клиникой госпитальной хирургии, где обучал военных хирургов и совершенствовал техники проведения операций в полевых условиях. Новаторские идеи и открытия Н. И. Пирогова оказали влияние на различные области медицины, в том числе он заложил основы военно-полевой медицины. Его роль в российской медицине трудно переоценить. Как отметил один из его современников «Пирогов создал школу. Его школа – вся русская хирургия». Несмотря на то, что Н. И. Пирогов ушел из жизни более века назад, его научное наследие остается актуальным и оказывает влияние на современную медицину.

Список источников

1. Беркутова Л. Н. Учебник военно-полевой хирургии. – 2-е изд., дополненное и исправленное. – Ленинград, 1973. – 567 с.

2. Гостищев В. К. Общая хирургия. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 607 с.

3. Лубоцкий Д. Н. Основы топографической анатомии. – Москва: Медгиз, 1953. – 647 с.

4. Советский энциклопедический словарь / гл. ред. А. М. Прохоров. – 3-е изд. – Москва: Издательство «Советская энциклопедия», 1984. – 1600 с.

5. Шапошников Ю. Г., Маслов В. И. Военно-полевая хирургия. – Москва: Медицина, 1986. – 405 с.

ТОКМАКОВА Л. А.

К ВОПРОСУ ОБ ЯТРОГЕНИЯХ

Аннотация. Слово врача обладает огромной силой воздействия на пациента: оно может способствовать выздоровлению или вызвать тяжелую ятрогению.

Ключевые слова: плацебо, ноцебо, информационная ятрогения, психотерапия, интернет безопасность, эгогения

ТОКМАКОВА L. A.

ON THE ISSUE OF IATROGENIES

Abstract. The word of a doctor has a huge impact on the patient: it can contribute to recovery or cause severe iatrogenism.

Keywords: placebo, nocebo, information iatrogenics, psychotherapy, Internet safety, egogeny

Ятрогении (буквально – «болезни, порожденные врачом», от греч.: Iatros – врач + Genes – порождающий) [1]. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра

(МКБ-10): «Ятрогения – это любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидности или даже смерти; осложнения медицинских мероприятий, развивающиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача» [2]. Одним из видов является – эгогения, то есть – влияние пациента на самого себя в связи с болезнью или определенного состояния здоровья. Это результат положительного или отрицательного самовнушения пациента [3]. Мысли их будут строиться по принципам плацебо и ноцебо эффектов.

Плацебо-эффект и ноцебо-эффект – это сложные явления, связанные с влиянием психологических аспектов на здоровье пациента и динамику лечения.

Плацебо – действующее вещество, не имеющее лечебного действия, но которое способно улучшить качество здоровья пациента, из-за его веры в то, что это лекарственное средство эффективно [4]. «Плацебо является универсальным средством оценки немедикаментозных эффектов в рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) с целью установления истинного фармакологического действия лекарственного средства» [5, 6].

Ноцебо является веществом, не имеющим лечебного действия, но ухудшающим состояние принимающего его человека из-за негативных убеждений и ожиданий последнего [4, 7]. Слово происходит от латинского «posere», что означает «причиню вред» [6].

Несмотря на то, что данные термины чаще всего употребляются по отношению к веществу, глюкозе, в форме медикамента, мы не имеем права отрицать, что наша речь тоже имеет данные свойства.

Сила слова... На эту тему написано множество книг, проведена масса исследований. Для выражения наших действий, мыслей мы можем использовать наш язык и речь. Часто наши идеи, произнесенные вслух, могут так или иначе быть восприняты другим человеком, вследствие чего придется принять ответственность за сказанное. Поэтому каждому из нас настоятельно рекомендуется три раза подумать и проследить за тем, что он говорит посторонним людям, особенно во время рабочего процесса. Наши мысли имеют огромную силу в пространстве, а слова тем более.

Необходимо помнить, что ноцебо в клинической практике может иметь такое же сильное воздействие, как и плацебо. Важно осознавать значение взаимоотношений между врачом и пациентом, которые могут оказывать влияние на процесс лечения. Врач иногда своими словами или жестами может передать пациенту сообщение, которое подрывает его надежды на выздоровление. Например, после постановки серьезного диагноза вопрос пациента «сколько мне осталось жить?» может иметь невероятное значение, а утверждение «вам осталось шесть месяцев» обладает потенциально губительной силой воздействия [6].

В книге «Сам себе плацебо» автор Джо Диспенза рассказывает один из клинических случаев, в котором пациенту по ошибке сообщили диагноз – злокачественное новообразование. Вследствие чего мужчина начал отмечать ухудшение состояния, думать, что он умирает от рака, быстро снижать вес, терять силы. Патологоанатомическое вскрытие показало чистый от онкологических опухолей организм. Вышеизложенное поведение: действия и мысли –привели абсолютного здорового человека к летальному исходу.

Следующий кейс знакомит нас с исследованием, в котором приняли участие люди с аллергической реакцией на ядовитый плющ. Добровольцам говорили: «Данное растение является плющом», – на самом деле ветвь представляла собой не что иное, как

безвредный эвкалипт, но тем не менее у молодых людей проявились типичные признаки воспаления. Причем, что интересно отметить, когда ученые брали настоящий плющ, но говорили, что «Эта ветвь – обычный эвкалипт», – реакции со стороны организма не наблюдалось [8].

Примеры эффекта плацебо можно обнаружить в различных областях медицины. В 2002 г. Б. Мозли провел исследование с аналогичным дизайном контролируемых клинических исследований среди пациентов с гонартрозом, которых он разделил на три группы. Первая группа прошла артроскопическое удаление пораженного хряща, вторая – промывание суставной полости, а третья – имитацию операции; послеоперационное лечение в группах было одинаковым. Результаты не показали значимых различий в эффективности лечения [6, 9].

В работе «Психологические аспекты ятрогении в онкологии» показаны явные аспекты ятрогении, которые заключаются в том, что молодой врач хирург-онколог «после беглого осмотра молочных желез, не утруждая себя назначением дополнительного обследования (УЗИ, маммографии, пункции с цитологическим исследованием, динамического наблюдения), заявлял буквально следующее: «У тебя рак!» или: «У тебя будет рак! Тебе осталось жить полгода. Нужна срочная операция. Откажешься – будешь у меня в ногах валяться, просить, но будет поздно!». Данное поведение – откровенное нарушение протокола ведения пациента, не говоря о грубом морально-этическом отношении! Подобные заключения рекомендуется обсуждать с пациентами в наиболее мягкой форме, при 100 % уверенности в правильности основного диагноза, который ставится после проведения основных и, при необходимости, дополнительных методов диагностики [10].

На принципе о силе слова сложена полноценная система плацебо, главным образом в слепых исследованиях, и ноцебо!

Некомпетентные, неосторожные врачи могут нанести серьезный удар по организму человека, особенно сильно восприимчивого, и даже не обратить на это внимание, но что понесет за собой вред, осложнения. Врач является авторитетом для пациента. «Врач» от слова «Врать» = «Врати» – бормотание, разговор [11]. Лечащий словом!

Таким образом, врачу следует хорошо подумать, что говорить пациентам, как говорить и в каком тоне, т.к. каждое слово обладает поразительной силой воздействия на пациента.

А пациентам, обращающимся в медицинские учреждения, рекомендуется учитывать мнения нескольких специалистов в решении серьезных вопросов, переспрашивать врачей дабы избежать недопонимания и как минимум не прибегать к помощи поисковой строки «Google» для самостоятельного выявления диагноза по первым симптомам.

Понимание механизмов плацебо и ноцебо эффектов помогает повысить эффективность лечения и улучшить взаимодействие между пациентом и врачом.

Список источников

1. Методические рекомендации № 56: «Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти. Класс XX внешние причины заболеваемости и смертности» от 02.07.2019 // Департамент здравоохранения города Москвы. URL: <https://mosgorzdrav.ru/> (дата обращения: 12.02.2024).

2. Дворецкий Л. И. Ятрогения в практике интерниста. Терапевтический архив. – 2019. – 91 (1). – С. 121-128.

3. Эгогении // Камчатский медицинский колледж. URL: <https://kammedcolledge.ru/filemanager/download/1196/> (дата обращения: 12.02.2024).

4. Буеверов А. О. Недооцененная сила. Плацебо и ноцебо в медицине // Медицинский совет. – 2020. – №4. – С. 162-167.

5. Požgain I., Požgain Z., Degmečić D. Placebo and nocebo effect: a mini-review//Psychiatr Danub. – 2014. – №26(2). – С. 100-107.
6. Jopling D. A. Talking cures and placebo effects. – OUP Oxford, 2008. 336
7. Jensen K.B., Kaptschuk T.J., Kirsch I., Raicek J., Lindstrom K.M., Berna Ch. et al. Nonconscious activation of placebo and nocebo pain responses // Proc Natl Acad Sci USA. – 2012. – 109(39). – P.15959-15964.
8. Dr. Joe Dispenza YOU ARE THE PLACEBO. – USA: Hay House Inc., 2014. – 416 p.
9. Flik C. E., Bakker L., Laan W., van Rood Y. R., Smout A. J., de Wit N. J. Systematic review: the placebo effect of psychological interventions in the treatment of irritable bowel syndrome // World J Gastroenterol. – 2017. – 23(12). – P.2223-2233.
10. Сухарев А. Е. Ермолаева Т. Н. Беда Н.А. Мамаева С. А. Психологические аспекты ятрогении в онкологии // Современные наукоемкие технологии. – 2005. – №7. – С. 25-29.
11. Тайна происхождения слова «врач» // LIVEJOURNAL. URL: <https://ta-tu-sho.livejournal.com /1808 9. html> (дата обращения: 12.02.2024).

ФЕДОСЕЕВА И. Ф., ПОПОННИКОВА Т. В.,
ГОНЧАРЕНКО Э. А., ВИЗИЛО Т. Л.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ КОЖЕВНИКОВСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ В СИБИРИ

Аннотация. Представлено краткое описание основных вех исследований эпилепсии Кожевникова, начиная с первого клинического отчета и открытия этиологии. Клещевой энцефалит (КЭ) – актуальная проблема в эндемичных регионах. КЭ может прогрессировать, хроническое течение возможно в форме эпилепсии

Кожевникова. Заболеваемость хроническим КЭ в Западной Сибири остается неизменной, несмотря на последние достижения в его диагностике и лечении. Эффективных подходов к лечению до сих пор не предложено, что подчеркивает необходимость повышения эффективности мер профилактики КЭ. А. Я. Кожевников первым дал клиническое описание хронического КЭ (1894). Последующие исследования подтвердили вирусную этиологию заболевания, его природную очаговость и роль иксодовых клещей в его передаче.

Ключевые слова: хронический клещевой энцефалит, кожевниковская эпилепсия

FEDOSEEVA I. F., POPONNIKOVA T. V.,
GONCHARENKO E. A., VIZILO T. L.

HISTORICAL ASPECTS OF DEVELOPING THE PROBLEM OF KOZHEVNIKOFF'S EPILEPSY IN SIBERIA

Abstract. A brief description of the main milestones in Kozhevnikoff's epilepsy research, beginning with the first clinical report and discovery of the etiology is presented. Tick-borne encephalitis (TBE) has for long been a major problem in the endemic areas. TBE can progress and becomes chronic as the Kozhevnikoff's epilepsy. The incidence of chronic TBE in the Western Siberia remains unchanged, notwithstanding recent progress in its diagnosis and treatment. No effective approaches to the treatment of chronic TBE have been proposed so far. This emphasizes the necessity of more effective measures to prevent TBE. A. Kozhevnikoff was the first to give a clinical description of chronic TBE (1894). Subsequent studies confirmed the viral etiology of the disease, its natural focality and the role of ixodid ticks in its transmission.

Keywords: chronic tick-borne encephalitis, Kozhevnikoff's epilepsy

Первые описания случаев заболевания «таёжным» энцефалитом, «двухфазным менингоэнцефалитом», а также неизвестными ранее хроническими нейроинфекциями появились в период начала освоения и развития Сибири и восточных регионов Российской империи в XIX веке [1, 2, 3]. А. Я. Кожевников в 1894 г. впервые сообщил об особом типе корковой эпилепсии (*epilepsia partialis continua*) [4]. Он предположил воспалительный характер заболевания и тщательно описал клинические симптомы, определив данную форму эпилепсии как самостоятельную нозологию и определив ее классические симптомы: постоянные миоклонические гиперкинезы в мышцах верхних конечностей, мышцах лица и реже в мышцах нижних конечностей; вторично-генерализованные моторные эпилептические припадки с потерей сознания или без нее; парез; мышечная атрофия; развитие контрактур в конечностях.

В. К. Хорошко в 1907 г. наблюдал случаи кожевниковской эпилепсии, развившейся после острого менингоэнцефалита [5]. Л. И. Омороков в 1922 г. детально описал 84 случая, впоследствии – 104 случая кожевниковской эпилепсии в Западной Сибири. Более 75% пациентов были моложе 20 лет. Он заметил, что данный симптомокомплекс является результатом тяжелого сезонного энцефалита, в основном поражающего сельских жителей, и связан с укусами насекомых [6].

В начале 1930-х гг. на Дальнем Востоке были зарегистрированы случаи острого заболевания центральной нервной системы неизвестной этиологии с высокой летальностью: в 1932 г. – 32%, в 1937 г. – 24% и затем – в 1938 г. – 13%, 1939 г. – 27,5%. Было организовано медицинское обследование всех работников лес-промхоза и выявлены больные, а также лица с остаточными параличами после перенесенных ранее заболеваний [1, 2, 3, 8]. Изучение историй болезни и обследование больных, отмечавших укусы клещей за 10-14 дней до начала болезни, позволили Л. А. Зиль-

беру выдвинуть гипотезу о заражении людей через укусы иксодовых клещей [7]. Вскоре М. П. Чумаков экспериментально доказал возможность трансмиссии патогена клещами [9].

Первое подробное описание клинической картины дал А. Г. Панов в 1935 г. В 1938 – 1939 гг. в ходе дальневосточных экспедиций были детально изучены различные аспекты экологии и эпидемиологии, клиники и патогенеза заболевания, в том числе случаев его хронического течения [1, 2, 8].

Участники дальневосточной экспедиции изолировали вирус из крови и спинномозговой жидкости больных (всего 29 штаммов). В клинике северного отряда невропатолог А. Н. Шаповал изучал клинические особенности заболевания и предпринимал попытки лечить пациентов. В 1939 г. на Дальний Восток прибыла третья экспедиция, в ходе которой была успешно апробирована на ограниченном контингенте вакцина против КЭ. В некоторых районах была организована массовая иммунизация, что привело к ликвидации заболевания на данной территории [1]. В этом же году М. П. Чумаковым были обнаружены очаги КЭ на Урале и в Зауралье [9].

Н. И. Гращенков в 1945 г. предположил, что вирус КЭ является этиологическим фактором эпилепсии Кожевникова. Этот факт был подтвержден В. М. Кантером на Дальнем Востоке, Н. В. Шубиным в Западной Сибири и М. Г. Поликовским на Урале [1, 2].

А. Г. Панов назвал эпилепсию Кожевникова первой среди трех основных клинических форм хронического КЭ [8]. В ходе изучения патогенеза хронического КЭ предполагалась связь заболевания с вирус-опосредованным запуском реактивных и аутоиммунных процессов. Однако большинство исследователей отводили ведущую роль в сложном патогенезе хронизации инфекции вирусу [1].

Если формы острого течения КЭ были подробно описаны в 1934 – 1937 гг., то системное представление о хроническом прогрессирующем течении КЭ стало формироваться лишь с 1941 г.,

при этом первые описания появились в западных регионах Российской Федерации. В восточных регионах частота хронического течения составляла 1,5–3%, тогда как в западных – от 8,2–10% до 45–54% среди всех заболевших [1, 2]. Вероятными причинами различий частоты хронического течения в разных регионах могли быть несовершенство статистики, различия анализируемых групп, высокая летальность в остром периоде очаговых форм КЭ на Дальнем Востоке. Важным фактором, сдерживающим изучение хронического КЭ, была сложность дифференциальной диагностики резидуальной неврологической симптоматики вследствие поражения центральной нервной системы в остром периоде болезни и хронического течения. В большинстве исследований по патогенезу КЭ использовались лабораторные животные, чувствительные к вирусу КЭ, и экспериментальный КЭ позволял детально исследовать варианты неблагоприятного развития инфекции с поражением центральной нервной системы, аналогично тяжелым случаям КЭ у людей [1]. В качестве характерных, но не патогномоничных для КЭ, описаны нейропатологические изменения в виде менингита и полиоэнцефаломиелита, локализованные в спинном мозге и мозжечке, проявляющиеся воспалительной инфильтрацией у инфицированных животных [1, 10].

Подробное описание клинических проявлений хронического течения КЭ обобщил в своей монографии А. Н. Шаповал, наблюдавший случаи эпилепсии Кожевникова и полиомиелитического синдрома [3, 11]. Получив клинический опыт в ходе первых дальневосточных экспедиций, позже став заведующим кафедрой нервных болезней Кемеровского государственного медицинского института, А. Н. Шаповал основал научную школу по исследованию клещевого энцефалита. Изучая нарушения психического статуса при КЭ, И. Б. Галант установил, что эпилепсия Кожевникова всегда сопровождается изменением психики (эпилептоидной деградацией, деменцией и др.) и чаще встречается в детском возрасте [12].

Впервые вирус был выделен из мозга больных с хроническим течением и эпилепсией Кожевникова М. П. Чумаковым, Н. Н. Воробьевой и А. П. Беляевой в 1944 г., через 13 недель и через 9 месяцев от начала инфекции, а также при экспериментальном исследовании у мышей [9]. Всеми российскими исследователями клинических аспектов хронического КЭ дискутировалась вероятность персистенции вируса в ЦНС [1, 2]. А. Г. Панов [8] высказывал сомнения в том, что отдельные случаи эпилепсии Кожевникова, лечившиеся нейрохирургическими методами на 4-й, 6-й и 8-й мес. заболевания, а в последующем не имевшие прогрессирования, были проявлением хронического течения КЭ, и отмечал, что инфекционный процесс при КЭ не настолько морфологически локализован в структурах ЦНС, чтобы оперативное лечение могло его купировать. Высказывалось также мнение, что глиозно-слипчивый процесс, подтвержденный гистологическими исследованиями, также мог способствовать прогрессированию очаговой симптоматики у отдельных пациентов. В условиях ограниченных возможностей лабораторной диагностики КЭ, отсутствия нейровизуализации и функциональной диагностики изучение ранее неизвестной патологии и систематизация сведений не всегда могли позволить ученым подтвердить хроническую инфекцию и представляли собой примеры тщательного клинического анализа. В конце XX в. изучением патогенеза хронического КЭ, экспериментальными моделями развития у животных, а также выделением вируса у больных с хроническими заболеваниями нервной системы (боковой амиотрофический склероз, сирингомиелия и др.) занимались В. В. Погодина и соавт.[1]. Авторы исследовали штаммы Айна/1448 (прототип сибирского геновида) и восточный, доказав возможность развития хронического течения, связанного с ними, выдвинули концепцию развития непрерывно прогрессирующего и первично-прогрессирующего хронического течения как механизма взаимодействия между вирусом и иммунной системой, представили классификацию вариантов взаимодействия вируса КЭ и иммунной системы в зависимости от

наличия клинических симптомов и длительности пребывания вируса в макроорганизме [1].

Клиническое разнообразие острого и хронического КЭ, место кожевниковской эпилепсии в структуре клинических форм хронического КЭ отражены в классификации данной патологии. А. Н. Шаповал выделил три основные формы острого течения КЭ: стертая, менингеальная и очаговая. К очаговой или паралитической форме относил полиомиелитический, полиоэнцефаломиелитический, полиоэнцефалитический, энцефалитический и радикулоневритический синдромы. При хроническом течении, которое он наблюдал у 2,3% больных, А. Н. Шаповал выделил синдромы: 1) спинальный полиомиелитический и бокового амиотрофического склероза, 2) стволово-спинальный полиомиелитический, 3) стволовой, 4) подкорковый и 5) корковый. Впоследствии была выделена гиперкинетическая форма, к которой была отнесена кожевниковская эпилепсия. Кроме хронического течения, также выделено субхроническое, имеющее повторные обострения инфекции после острого периода. А. Н. Шаповал отмечал, что при менингеальной форме также наблюдается поражение вещества ЦНС, поэтому полагал, что ее можно рассматривать как менингоэнцефалитическую [1, 11]. Большинство синдромов и клинических форм КЭ были описаны задолго до выяснения этиологии, что подтверждает постоянство и схожесть клинических проявлений инфекции в течение многих десятилетий, несмотря на различия в соотношении отдельных клинических форм в различных регионах в отдельные периоды наблюдений [1, 2, 3].

В течение многих лет целью исследователей был поиск эффективной специфической противовирусной терапии по аналогии со специфической профилактикой. Как уже отмечалось, были успешные попытки лечить заболевание сывороткой крови больных КЭ, впоследствии – специфическим иммуноглобулином, рибонуклеазой. Позже в практику вошли интерфероны и индукторы эндогенного интерферона [1]. Д. Г. Шефер, Л. Н. Нестеров лечили Кожевниковскую эпилепсию хирургическим путем (1965) [1].

Ожидания относительно эффективности такого лечения, как было показано впоследствии, оказались преувеличены. Поиски эффективных методов лечения активно проводятся и в настоящее время. Широкий спектр применяемых антиэпилептических препаратов позволяет рассматривать данную терапевтическую стратегию как потенциально перспективную [15, 16].

В период интенсивного и успешного развития вирусологических исследований, начавшийся с легендарных Дальневосточных экспедиций 1937 – 1940 гг., результаты исследований клинических проявлений природно-очаговых нейроинфекций приобрели новое значение, существенно расширились возможности дифференциальной диагностики и лечения, появились перспективы снижения летальности и инвалидизации, увеличения продолжительности и качества жизни пациентов, перенесших очаговые формы КЭ [1, 15, 16]. Полученные в ходе экспедиций сведения легли в основу разработанного академиком Е. Н. Павловским учения о природной очаговости болезней, определившего понимание эпидемиологии и естественной истории трансмиссивных заболеваний [14]. До настоящего времени эти события в науке остаются наиболее значимыми с точки зрения определения векторов ее развития.

Список источников

1. Клещевой энцефалит в XXI веке / под ред. академика РАН В. И. Злобина. – Москва: Наука, 2021. – 471с.
2. A short history of TBE / Kahl O., Pogodina V., Poponnikova T., Suss J. В книге: The TBE book. Singapore, 2020. – С. 10-15.
3. Шаповал А. Н. Страницы истории изучения клещевого энцефалита // Клиническая медицина. – 1988. – Т. 66, №11. – С. 147-151.
4. Кожевников А. Я. Особый вид кортикальной эпилепсии // Медицинское обозрение. –1894. – Т. 42. – С. 97.

5. Хорошко В. К. Клиническая форма проф. Кожевникова *Epilepsia partialis continua: (Polyclonia epileptoides continua)*. – Москва: типо-лит. т-ва И.Н. Кушнерев и К^о, 1907.

6. Омороков Л. И. Эпилепсия Кожевникова в Сибири // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1950. – №1. – С. 48-52.

7. Зильбер Л. А. Весенний эпидемический клещевой энцефалит // Архив биологических наук. – 1939. – Т.56. – С. 9-37.

8. Панов А. Г. Клиника весенне-летних энцефалитов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1938. – №7. – С. 18-32.

9. Чумаков М. П. Клещевой энцефалит у человека: Дис. ...докт. мед.наук. – Москва, 1944.

10. Уманский К. Г., Деконенко Е. П. Хронические и прогрессирующие формы клещевого энцефалита, патогенетическая оценка, трансформация клинических форм, лечение // Вирусы и вирусные инфекции. – Москва, 1981. – С. 161.

11. Шаповал А. Н. Клещевой энцефалит. Вирусы и вирусные инфекции. – Москва, 1981. – Ленинград: Медгиз. Ленингр. отд-ние, 1961.

12. Галант И. Б. Дальневосточный клещевой энцефалит. – Хабаровск, 1948.

13. Кантер В. М. Кожевниковская эпилепсия. Невропатология и психиатрия // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1949. – Т. 18, Вып.6. – С. 31-33.

14. Павловский Е. Н. Природная очаговость трансмиссивных болезней в связи с ландшафтной эпидемиологией зооантропонозов. – Москва–Ленинград: Медицина, 1964.

15. Poponnikova T. V. The clinical picture of chronic tick-borne encephalitis in children // International Journal of Medical Microbiology Volume 298, Supplement 1, 1 September 2008. – P. 351-355

16. Poponnikova T. V. Specific clinical and epidemiological features of tick-borne encephalitis in Western Siberia // International Journal of Medical Microbiology. – 2006. – Т. 296. –№ Suppl. 1. – P. 59-62.

ШАНГИНА О. А., АНАНДЫ К. Г., КУЗНЕЦОВА О. В.,
ШЕЛИХОВ В. Г., ПЕРМЯКОВА Е. Ю., БАТУЕВА Н. И.,
ЗИМИН И. А.

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА В СОВРЕМЕННОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Аннотация. Одна из актуальных проблем в современной региональной пульмонологии рассматривается на примере клинического случая пациентки 43-х лет с туберкулезным поражением легких в анамнезе. Пациентка поступила в тяжелом состоянии, при поступлении установлен диагноз: Внебольничная двухсторонняя полисегментарная тяжелая пневмония. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. ДН 3. Аспергиллез легких. ТЭЛА? Проводился дифференциальный диагноз с применением современных технологий, заподозрено аспергиллезное поражение легких, аспергиллез является частым осложнением пролеченного туберкулеза, 15–90% случаев аспергиллеза возникают у пациентов с остаточными поражениями легких после лечения туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез, аспергиллез легких, грибковое поражение

SHANGINA O. A., ANANDA K. G., KUZNETSOVA O. V.,
SHELIKHOV V. G., PERMYAKOVA E. Yu., BATUEVA N. I.,
ZIMIN I. A.

PROBLEMS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN MODERN PULMONOLOGY ON THE EXAMPLE OF A CLINICAL CASE

Abstract. One of the urgent problems in modern regional pulmonology is considered on the example of a clinical case of a 43-year-old patient with a history of pulmonary tuberculosis. The patient was

admitted in serious condition, and upon admission, the diagnosis was established: Community-acquired bilateral polysegmental severe pneumonia. Fibrotic cavernous pulmonary tuberculosis. Aspergillosis of the lungs. A differential diagnosis was made using modern technologies, aspergillosis of the lungs was suspected, aspergillosis is a frequent complication of treated tuberculosis, 15-90% of cases of aspergillosis occur in patients with residual lung lesions after tuberculosis treatment.

Keywords: tuberculosis, pulmonary aspergillosis, fungal infection

Туберкулез сегодня остается одной из самых актуальных проблем здравоохранения по всей стране. В 2023 г. в Кемеровской области выявили больше 1400 случаев заражения туберкулезом, в том числе среди детей. В медучреждения Кузбасса за 11 месяцев 2023 г. с поставленным диагнозом «туберкулез» попали 1428 человек. В основном болели взрослые люди. По данным Роспотребнадзора за 2023 г. лидером по заболеваемости стал г. Кемерово, где зафиксировали 318 случаев. На втором месте – Новокузнецк с 245 пациентами, на третьем – Прокопьевск, где выявили 96 случаев заражения.

В нашем исследовании мы попытаемся раскрыть особенности течения туберкулезного процесса и аспергиллеза легких на примере клинического случая.

Пациентка З. 43 лет 09.09.2023 г. поступила в отделение пульмонологии в экстренном порядке, с жалобами на повышение температуры тела, слабость, одышку, снижение аппетита. Из анамнеза заболевания известно, со слов родственников считала себя больной 5 дней, когда появилась температура, стала нарастать одышка смешанного характера, кашель продуктивный с мокротой зеленого цвета с прожилками крови. 06.09.2023 г. обращалась в ГБУЗ КГКБ №11 обследована, по результатам Р- ОГК ТВС в фазе инфильтрации. Нельзя исключить формирование фиброто-

ракса верхней доли правого легкого. Ограниченный пневмоторакс слева. 09.09.2023 г. доставлена БСМП в ПО ККБСМП с направительным диагнозом внебольничная пневмония, туберкулез? Госпитализирована в отделение пульмонологии. Из анамнеза жизни – туберкулез от 2015 г., рецидив в 2020 г. (БК+). Проходила лечение у фтизиатра, от 2021 БК– (последний от октября 2021 г.). Травмы: инородное тело мягких тканей грудной клетки. Около 10 лет назад неизвестный произвел выстрел из пневматического оружия в грудную клетку. Вредные привычки – курение, злоупотребление алкоголем. При поступлении общее состояние тяжелой степени тяжести за счет интоксикационного, бронхитического и дыхательной недостаточности. Кожные покровы умеренно бледные. В сознании, доступна контакту, односложно отвечает на вопросы, положение пассивное, питание резко снижено. Сатурация 96% на кислородотерапии потоком 5 л/мин. ЧДД 19 в мин. Дыхание через нос свободно. Зев: спокоен. Грудная клетка астеника, симметричная, участвует в акте дыхания равномерно. При перкуссии: ясный легочной звук. При аускультации: дыхание везикулярное, ослабленное, прослушивается во всех отделах. Хрипы: влажные по всей поверхности с обеих сторон. Видимая пульсация области сердца отсутствует. Шейные вены не изменены. Пульс на лучевой артерии: 82 ударов в минуту; удовлетворительных качеств. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Ширина сосудистого пучка 7 см. Ритм сердечной деятельности правильный. Тоны сердца ясные. Шумов нет. Язык: влажный, чистый. Живот симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный. Поясничная область визуально не изменена. Почки не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Периферических отеков нет.

Выставлен предварительный диагноз: Внебольничная двухсторонняя полисегментарная тяжелая пневмония. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. ДН 3. Аспергиллез легких. ТЭЛА? Энцефалопатия сложного генеза.

Сопутствующие заболевания: Инородное тело мягких тканей грудной клетки. Проводимое лечение: антибактериальная, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия. Параклинические исследования: Общий анализ крови: Hb –108 г/л; L – 13,3 x 10⁹; Эр. – 3,39 x 10¹²; с/я нейтрофилы – 84;

Биохимический анализ крови: альбумин 34,7 г/л, Na –133 мМ/л, АСТ – 580 u/l, АЛТ – 196 u/l, ГГТ –189 U/L, ЩФ – 1922 U/L, амилаза 10 ед/л. Общий анализ мокроты: мокрота гнойная, вязкая, L сплошь Рентгенография ОГК от 09.09.2023 г.: фиброзно-кавернозные изменения в верхних отделах справа с образованием плевро-дифрагмальных спаек, слева в области верхушки инфильтрация? с множественными тенями на протяжении легочного поля высокой интенсивности/ кальцинаты. МСКТ ОГК от 09.09.2023 г. В S1-S2 верхней доли правого легкого определяется толстостенная полость распада с наличием в просвете неоднородного пристеночного содержимого, примерным размером 68*58*80 мм (аспергилома?). Имеется сообщение с деформированными расширенными просветами бронхов. На всем протяжении в легких с обеих сторон определяются разнокалиберные полиморфные очаги размерами 2–10 мм, практически все кальцинированные. Заключение: МСКТ-картина фиброзно-кавернозного tbc. Полость распада в S1–S2 правого легкого (не исключая аспергилому). Трахеобронхоскопия от 11.09.2023 г. Заключение: Туберкулез верхнедолевого бронха справа? Грибковое поражение верхнедолевого бронха справа? Двусторонний диффузный эндобронхит III ст. интенсивности воспаления. Осмотр фтизиатра от 11.09.2023 г. в 19:20 Диагноз: Аспергиллез на фоне остаточных посттуберкулезных изменений легких? Прогрессирование туберкулеза легких? Туберкулез в/д бронха справа? Грибковое поражение в/д бронха справа? ЭКГ от 11.09.2023 г. Заключение:

Синусовая тахикардия. Повышена нагрузка на правое предсердие. Диффузное нарушение процессов реполяризации миокарда (з.Т (-) до 3 мм II, III, aVF, V2–V5). В динамике реже ЧСС, уменьшилась нагрузка на правые отделы сердца, ухудшились процессы реполяризации миокарда. Больная не дообследована вследствие кратковременного пребывания в стационаре. 11.09.2023 г. ухудшение состояния: нарастание одышки, ДН, энцефалопатии. Осмотрена анестезиологом – реаниматологом, переведена в РАО. В РАО несмотря на проводимое лечение в 19:30 признаки клинической смерти, 30 минут СЛР безуспешна, в 20:00 зарегистрирована биологическая смерть. Диагноз в отделении (основное заболевание): Внебольничная двухсторонняя полисегментарная тяжелая пневмония. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Кахексия. Гепатит высокой степени активности, вероятно токсического генеза. Осложнение основного: ДН 3. Аспергиллез легких. ТЭЛА? Энцефалопатия сложного генеза. Анемия легкой степени. СПОН. Отек легких. Отек ГМ. СЛР от 11.09.2023 г.

Сопутствующие заболевания: Иородное тело мягких тканей грудной клетки.

Фон: ХАИ. Токсическая полинейропатия.

Патологоанатомическое вскрытие 12.09.2023 г. В легких: множество старых очагов, рассеянных по всем легочным полям, множество туберкулом, казеозный некроз; грубая деформация бронхиального дерева; пневмофиброз. Причина смерти: фиброзно-кавернозный туберкулез.

Легочный аспергиллез является частым осложнением пролеченного туберкулеза легких [1]. Фактически, 15–90% случаев легочного аспергиллеза возникают у пациентов с остаточными поражениями легких после лечения туберкулеза. В то время как аспергиллез поражает преимущественно пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями легких, как туберкулез, так и аспергиллез легких проявляются клинически неотличимыми симптомами. Результаты визуализации органов грудной клетки в виде кавитации и фиброза являются общими для обоих заболеваний

[2]. Однако лимфаденопатия, милиарный рисунок и плевральный выпот являются предикторами активного туберкулеза, в то время как аспергиллома, утолщение плевры и паракавитарный фиброз чаще встречаются при КВА. Серология IgG, специфичная для *Aspergillus*, играет центральную роль в дифференциации (как активного, так и излеченного туберкулеза) с высокой чувствительностью и специфичностью. Специфическая серология IgG является ключевой для дифференциации туберкулезного поражения легких и рецидива туберкулеза от аспергиллеза. Возможно, имеет смысл разработать клинические прогностические показатели, которые можно использовать для дифференциации активного туберкулеза, посттуберкулезного заболевания и коинфекции туберкулеза и аспергиллеза легких [3]. Данный клинический случай еще раз подтверждает, всю сложность диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза, особенно у иммунокомпроментированных пациентов в период пандемии COVID-19. Диссеминированный туберкулез легких (различные процессы, развивающиеся в результате распространения микобактерий туберкулеза гематогенным, лимфогенным и смешанными путями; протекает как острый, подострый и хронический); Туберкулез имеет широкий спектр клинических проявлений, выраженность которых зависит от тяжести течения заболевания и распространенности процесса. Характерные симптомы можно разделить на две основные категории: общие проявления (синдром интоксикации) и специфические симптомы, в зависимости от пораженного органа. Симптомы, как правило, развиваются постепенно. На ранних стадиях они могут быть минимальными и не давать возможности установить точную дату начала заболевания [4]. Синдром интоксикации наиболее часто представлен длительной умеренно выраженной лихорадкой, чаще субфебрильной, нарастающей в вечерние часы. Лихорадка может не сопровождаться другими симптомами и относительно хорошо переноситься пациентом. При снижении температуры тела, как правило, во время сна, происходит обильное потоотделение, что приводит к появлению

симптома «ночных потов». Могут присутствовать другие симптомы общей интоксикации, такие, как общая немотивированная слабость, повышенная утомляемость, потливость, снижение массы тела, головная боль, раздражительность. Специфические симптомы многообразны. При поражении легких отмечается респираторная симптоматика. Респираторная симптоматика включает в себя кашель, с мокротой или без, который может сопровождаться кровохарканьем, болью в грудной клетке. При обширном поражении легочной ткани или развитии бронхиальной обструкции развивается одышка [1].

Физикальное обследование выявляет ослабленное дыхание, влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Подтвердить или опровергнуть диагноз помогают следующие диагностические данные:

Гемограмма на фоне диссеминированного туберкулеза легких претерпевает существенные сдвиги: лейкоцитоз сменяется лейкопенией, развивается лимфопения, эозинопения, нейтрофилия, тромбоцитопения, резко увеличивается СОЭ. В мокроте или смывах с бронхов микобактерии туберкулеза выявляются только у половины больных диссеминированным туберкулезом. При менингеальной форме с целью дифференциальной диагностики прибегают к люмбальной пункции и исследованию спинномозговой жидкости. Рентгенодиагностика диссеминированного туберкулеза легких зависит от клинической формы заболевания. Признаками острого процесса служат наличие в обоих легочных полях множественных однотипных очагов, расположенных симметрично, в виде цепочки по ходу сосудов. При подострой диссеминации очаги имеют тенденцию к слиянию, возможно образование полостей распада. Для хронической диссеминации характерно асимметричное расположение очаговых теней, которые имеют разную форму, величину, очертания, интенсивность в зависимости от срока давности их возникновения. Рентгенография легких, как правило, дополняется линейной или компьютерной томогра-

фией [3]. В начале острой формы диссеминированного туберкулеза легких реакция Манту у больных бывает умеренно положительной или гиперергической, однако в дальнейшем угасает. При подостром и хроническом процессе выявляется слабоположительная или умеренно выраженная реакция на туберкулин.

При диагностической бронхоскопии на слизистой оболочке бронхов могут обнаруживаться туберкулезные бугорки. Эндоскопическое исследование позволяет произвести биопсию бронха, трансбронхиальную биопсию легкого или лимфатического узла, получить бронхоальвеолярный смыв для исследования на МБТ. ИФА-диагностика проводится для верификации диагноза у лиц из групп риска. Широкое применение квантиферонового теста и T-SPOT-диагностики сдерживается высокой стоимостью анализов. В то же время аспергиллез является частым осложнением пролеченного туберкулеза. Фактически, 15–90% случаев аспергиллеза возникают у пациентов с остаточными поражениями легких после лечения туберкулеза. Результаты визуализации органов грудной клетки в виде кавитации и фиброза являются общими для обоих заболеваний. Однако лимфаденопатия, милиарный рисунок и плевральный выпот являются предикторами активного туберкулезного процесса, в то время как аспергиллома, утолщение плевры и паракавитарный фиброз чаще встречаются при аспергиллезе легких. Серология IgG, специфичная для *Aspergillus*, играет центральную роль в дифференциации (как активного, так и излеченного туберкулеза от аспергиллеза [5]. Возможно, имеет смысл разработать клинические прогностические показатели, которые можно использовать в условиях низкого дохода для дифференциации активного туберкулеза, посттуберкулезного заболевания и коинфекции туберкулеза и аспергиллеза легких [5].

Таким образом, исходя из данного клинического случая, можно сделать вывод о том, что проблема туберкулеза и дифференциальной диагностики, в том числе с аспергиллезом, по Куз-

бассу и по всей России остается одной из актуальных. Самой важной задачей здравоохранения является своевременное выявление и лечение заболевания.

Список источников

1. Яблонский П. К. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
2. Falzon D., Jaramillo E., Schünemann H. J. et al. WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis: 2011 update. Eur Respir J 2020; No38 (3):516-528.
3. Ерохин В. В. О некоторых механизмах патогенеза туберкулеза // Проблемы туберкулеза. – 2019. – №11. – С. 3-8.
4. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.
5. Baluku J. B., Nuwagira E., Bongomin F., Denning D. W. Pulmonary TB and chronic pulmonary aspergillosis: clinical differences and similarities //International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – Volume 25. – Number 7. – 1 July 2021. – P. 537-546(10).

ШАНГИНА О. А., ШЕЛИХОВ В. Г.,
КУЗНЕЦОВА О. В., ТЮЛЮКИН В. А.

ПРОБЛЕМА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ ПОЛИКЛИНИКИ В КУЗБАССЕ – ТЕРРИТОРИИ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Аннотация. Кузбасс является наиболее урбанизированным регионом восточнее Урала, по объему промышленности занимает одно из ведущих мест в России, характеризуется развитой промышленностью, преимущественно горнодобывающей, перерабатывающей, химической. Демографические показатели региона

характеризуются уменьшением численности населения, в том числе и за счет онкологической патологии. Смертность от онкологических заболеваний в Кузбассе выше среднего российского показателя, показатель раннего выявления онкологических заболеваний в Кузбассе существенно ниже российского и аналогичного показателя в Сибирском федеральном округе. В этих условиях здравоохранение региона большое внимание начинает уделять ранней диагностике заболеваний, онкологические учреждения области получают современную диагностическую аппаратуру, но, возможно, не сможет решить вопросы профилактики развития онкологии, тесно связанной с экологическими проблемами региона.

Ключевые слова: экология, Кузбасс, демография, население, здравоохранение, промышленность

SHANGINA O. A., SHELIKHOV V. G.,
KUZNETSOVA O. V., TYULYUKIN V. A.

THE PROBLEM OF ONCOLOGICAL DISEASES ON THE EXAMPLE OF A POLYCLINIC IN KUZBASS – THE TERRITORY OF ECOLOGICAL DISTRESS

Abstract. Kuzbass is the most urbanized region east of the Urals, occupies one of the leading places in Russia in terms of industry, and is characterized by a developed industry, mainly mining, processing, and chemical. Demographic indicators of the region are characterized by a decrease in the population, including due to oncological pathology. The mortality rate from oncological diseases in Kuzbass is higher than the average Russian indicator, the indicator of early detection of oncological diseases in Kuzbass is significantly lower than in Russia and a similar indicator in the Siberian Federal District. In these conditions, the health care of the region begins to pay great attention to the early diagnosis of diseases, oncological institutions of the region receive modern diagnostic equipment, but may not be able to solve the

issues of preventing the development of oncology, which is closely related to the environmental problems of the region.

Keywords: ecology, Kuzbass, demography, population, healthcare, industry

Всего в 2021 г. от стационарных источников, в воздух в Кузбассе было выброшено 1 млн 603 тыс. тонн загрязняющих веществ (в 2020 г. – 1 млн 611 тыс. тонн). При этом на территории Новокузнецкого района зафиксировали 403,6 тыс. тонн вредных выбросов (в 2020 г. – 340,1 тыс. тонн), что составляет 25,2% общего объема по региону. Вторую позицию в списке территорий с наиболее загрязненной атмосферой занял Новокузнецк – там в прошлом году подсчитали 268,3 тыс. тонн выбросов (16,7%, в 2020 г. – 277,5 тыс. тонн). На третьей строчке с 168,8 тыс. тонн оказался Междуреченск (10,5%, в 2020 г. – 194,5 тыс. тонн). Четвертым в списке с 117,7 тыс. тонн стал Прокопьевский округ (7,3%, в 2020 г. – 117,8 тыс. тонн), пятым – город Белово с 98,3 тыс. тонн (6,1%, в 2020 г. – 80,9 тыс. тонн).

В первую десятку также вошли Калтан – 78 тыс. тонн выбросов (4,9%, в 2020 г. – 104,4 тыс. тонн), Ленинск-Кузнецкий округ – 63,3 тыс. тонн (4%, в 2020 г. – 62,2 тыс. тонн), город Мыски – 62,7 тыс. тонн (3,9%, в 2020 г. – 65,6 тыс. тонн), Беловский округ – 60,5 тыс. тонн (3,8%, в 2020 г. – 59,5 тыс. тонн) и Кемерово – 45,9 тыс. тонн (2,9%, в 2020 г. – 52,5 тыс. тонн). Отметим, 11 позицию в списке с 45,8 тыс. тонн загрязняющих веществ занимает Кемеровский округ. На этой территории, наряду с Новокузнецким районом и городом Белово, был зафиксирован наиболее значительный прирост выбросов – по сравнению с 2020 г., когда в Кемеровском округе фиксировали 20,9 тыс. тонн вредных веществ, показатель увеличился более чем в два раза. Самое весомое снижение объема выбросов специалисты отметили в Ленинске-Кузнецком, Калтане, Междуреченске и Полысаеве. Киселевск, жители которого нередко жалуются на загрязнение воздуха и образование на улицах черного снега зимой, с 17,6 тыс.

тонн стал 15 месте среди муниципальных образований Кузбасса по объему вредных выбросов в воздух в 2021 г. В 2020 г. там в атмосферу попало 22,3 тыс. тонн вредных веществ [1, 2].

Приведенные данные демонстрируют уменьшение выбросов загрязняющих веществ в атмосферу во всех территориях Кузбасса даже на протяжении одного года. Вследствие многолетних выбросов загрязняющих веществ в атмосферу здравоохранение области констатирует большую распространенность среди населения заболеваний системы дыхания, в том числе и онкологических.

Структура онкологических заболеваний в Кузбассе в основном соответствует общероссийской [3]. В 2020 г. в Кемеровской области рак легких находится на втором месте – 11,2%. Самые высокие в регионе показатели заболеваемости раком легких в Кузбассе фиксируются в следующих населенных пунктах: Калтане 496,4 случаев на 100 тыс. человек; Новокузнецке – 476,7; Осинниках – 448,7; Мысках – 445,8; Березовском – 435. Смертность мужчин трудоспособного возраста от злокачественных новообразований бронхолегочных локализаций – 78,76 случаев на 100 тыс. населения, что превышает средние показатели смертности по России на 32% и Сибирскому федеральному округу на 8,1% [4, 5].

По данным поликлиники Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи в 2019 г. доля больных с раком легких составляет 3,8%, в 2020 г. – 1,3%, в 2021 г. – 0,6%, 2022 г. – 0,5% среди всех онкологических больных пациентов. В 2019–2022 гг. рак легких чаще выявлен у мужчин старше 60 лет (65%), а у женщин – старше 50 лет (35%).

Одним из основных направлений борьбы с онкологическими заболеваниями системы дыхания является повышение уровня ранней диагностики заболеваний. С учетом особенности региона, как территории экологического неблагополучия, повышение онконастороженности медицинских работников не только

первичного звена здравоохранения является важной составляющей здравоохранения.

Возможности региона в борьбе с ростом онкологических заболеваний недостаточны. Правительством России два крупнейших города Кузбасса Кемерово и Новокузнецк внесены в федеральную программу «Чистый воздух» с финансированием мероприятий по снижению выбросов в атмосферу.

Таким образом, с учетом проживания пациентов в регионе экологического неблагополучия – Кузбассе, особо важно проявлять онкологическую настороженность пациентов при диспансеризации, первичном обращении с использованием современных методов обследования населения. В профилактике онкологической патологии Кузбасса ведущее значение будет принадлежать снижению негативного воздействия промышленности региона.

Список источников

1. Доклад о состоянии и охране окружающей среды Кемеровской области – Кузбасса в 2021 году // Администрация правительства Кузбасса. Министерство природных ресурсов и экологии Кузбасса. URL: <https://ngs42.ru/text/ecology/2022/08/05/71545565/?ut>. (дата обращения: 12.02.2024).

2. Доклад о состоянии и охране окружающей среды Кемеровской области – Кузбасса в 2022 году // Администрация правительства Кузбасса. Министерство природных ресурсов и экологии Кузбасса. URL: http://ecokem.ru/wp-content/uploads/2023/06/Doklad_za_... (дата обращения: 12.02.2024).

3. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, А. О. Шахзадовой. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. – 252 с.

4. Правительство Кемеровской области – Кузбасса. Постановление от 27 июня 2019 г. № 385 г. Кемерово Об утверждении

региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями не 2019–2024 годы».

5. Основные статистические данные и показатели, характеризующие состояние и динамику развития сферы здравоохранения в Кемеровской области – Кузбассе // Министерство здравоохранения Кузбасса. URL: <https://kuzdrav.ru/work/statistics/sostoyanie.php> (дата обращения: 14.02.2024).

ШАНГИНА О. А., ШЕЛИХОВ В. Г.

ПРАКТИЧЕСКАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ КАК МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОБЛЕМА

Аннотация. Обсуждается качество высшего медицинского образования с точки зрения практической направленности в области пульмонологии, актуальные вопросы обучения современным методам диагностики в пульмонологии, применение новых форм доставки современных инновационных ингаляционных препаратов в пульмонологии Российской Федерации, республики Казахстан. Для подготовки ординаторов – пульмонологов широко внедряются в практику обучения наборы спирографических исследований, в том числе с включением бронходилатационной пробы, графических изображений, что позволяет проводить дифференциальный диагноз по дополнительным методам обследования, клинические задачи с богатым иллюстративным материалом, обсуждение на клинических разборах редких случаев в пульмонологии.

Ключевые слова: пульмонология, спирография, техника ингаляций

SHANGINA O. A., SHELIKHOV V. G.

PRACTICAL ORIENTATION OF HIGHER MEDICAL EDUCATION AS AN INTERNATIONAL PROBLEM

Abstract. The quality of higher medical education is discussed from the point of view of practical orientation in the field of pulmonology, topical issues of teaching modern diagnostic methods in pulmonology, the use of new forms of delivery of modern innovative inhalation drugs in pulmonology of the Russian Federation, the Republic of Kazakhstan. For the training of resident pulmonologists, sets of spirographic studies are widely introduced into the practice of teaching, including with the inclusion of a bronchodilation test, graphic images, which allows for a differential diagnosis using additional examination methods, clinical tasks with rich illustrative material, and discussion of rare cases in pulmonology at clinical reviews.

Keywords: pulmonology, spirometry, inhalation technique

Качеству высшего медицинского образования как в Российской Федерации, так и в Казахстане придается огромное значение. Медицинское образование в Республике Казахстан осуществляется по всем уровням: бакалавриат, магистратура, резидентура и докторантура. С 2023 – 2024 учебного года прием абитуриентов по медицинским специальностям будет осуществляться по новым государственным общеобязательным стандартам по уровням образования в области здравоохранения. Они были утверждены в 2022 г. и предполагают внедрение образовательных программ непрерывного интегрированного медицинского образования (НИМО) с общим сроком обучения 6 лет по медицине, педиатрии и стоматологии и 5 лет по медико-профилактическому делу.

Наряду с этим, осуществляется также набор на программы бакалавриата по фармации (срок обучения – 5 лет), общественному здоровью (срок обучения – 5 лет) и сестринскому делу (срок обучения – 4 года).

НИМО разработано на основе анализа международного опыта, результатов проекта стратегического партнёрства Всемирного банка 2018–2020 гг. между зарубежными и казахстанскими медицинскими вузами и приводит в соответствие модель казахстанского медицинского образования с европейскими подходами. Содержание программ НИМО включает бакалавриат, интернатуру и профильную магистратуру. По завершению образовательных программ НИМО по медицине, выпускник получает квалификацию «врач» и степень «магистр медицины», по медико-профилактическому делу – квалификацию «врач гигиенист-эпидемиолог» и степень «магистр здравоохранения». По окончании программы НИМО медицины и педиатрии предусматривают обязательное обучение в резидентуре с присуждением квалификации врач специалист. Необходимо отметить, что послевузовское образование в системе здравоохранения представлены программами профильной магистратуры (1–1,5 года), научно-педагогической магистратуры (2 года) и докторантуры PhD (3 года). Узкоспециализированная профессиональная подготовка ведется по 49 специальностям резидентуры.

Триединство образовательного процесса (медицинская подготовка, исследовательский процесс, клиническая деятельность) нормативно закреплены Положением о клинических базах и введении должностей «врач-резидент», «врач-стажер». На сегодняшний день общий контингент обучающихся в медицинских организациях образования с учетом выпуска 2023 года составляет 54757 человек: высшее образование – 50 530, послевузовское образование – 4227 (бакалавры – 46 121, интерны – 4 409, резиденты – 3723, магистранты – 204, докторанты – 300). В текущем году

общий выпуск составил 9247, из них по образовательным уровням: бакалавриат – 1720, интернатура – 4648, резидентура – 2292, магистратура – 414, докторантура – 173.

По резидентуре выпущены медицинские работники по 41 специальностям, таким как акушерство и гинекология; аллергология и иммунология; ангиохирургия; анестезиология и реаниматология; гастроэнтерология; гематология; дерматовенерология; хирургия; инфекционные болезни; кардиология; кардиохирургия; клиническая фармакология; медицинская генетика; неврология; нейрохирургия; неонатология; неотложная медицина; нефрология; общая хирургия; онкология и гематология; онкология радиационная; оториноларингология; офтальмология; педиатрия; пластическая хирургия; психиатрия; пульмонология; ревматология; семейная медицина; судебно-медицинская экспертиза; терапия; травматология-ортопедия; урология и андрология; физическая медицина и реабилитация; хирургическая стоматология; челюстно-лицевая хирургия; эндокринология; радиология (лучевая диагностика); ядерная медицина; патологическая анатомия; фтизиатрия. В 2023 г. решением Комиссии по персональному распределению выпускников организаций образования и науки Министерства здравоохранения Казахстана в регионы распределено 3 339 выпускников организаций образования и науки, в том числе 911 – в сельскую местность, обучившихся в рамках государственного образовательного заказа.

Проанализированы опубликованные статистические данные по заболеваемости в Казахстане и Кузбассе различным заболеваниям бронхо-легочной системы. Болезни органов дыхания являются ведущей патологией в Кузбассе, что связано, прежде всего, с высокой концентрацией угольных, металлургических предприятий, создающих неблагоприятную экологическую ситуацию и соответственно высокую нагрузку на респираторную систему населения, проживающего в регионе.

В Казахстане, в частности в Кустанайской, Павлодарской, Карагандинской, Шымкентской областях, равно как и в Кузбассе

находятся крупнейшие месторождения угля, то есть имеет место общие факторы риска пульмонологических заболеваний среди населения, в частности, профессиональные вредности.

В связи с этим особое внимание должно уделяться подготовке профессиональных кадров – врачей-пульмологов в соответствии с современными требованиями, инновационными технологиями в данной области. В процессе подготовки узких специалистов как в Российской Федерации, так и в Казахстане огромное значение придается современным подходам к обучению студентов медицинских вузов, приобретению практических навыков с акцентом на современные методы диагностики и лечения. В современных условиях в процессе обучения студентов лечебного факультета, педиатрического и стоматологического факультетов с целью освоения компетенций, направленных на диагностические процессы терапевтических заболеваний в пульмонологии, активно внедряются клинические задачи различной степени сложности с иллюстративным материалом (рентгенологические исследования, данные цифровой флюорографии, данные мультиспиральной томографии, в том числе с контрастным усилением). Современные возможности с применением презентаций с мультимедийным сопровождением оказывают значительную помощь в проведении лекционных занятий, разборах клинических ситуаций. Также на практических занятиях по пульмонологии студенты имеют возможность просматривать рентгенологические снимки пациентов с различной патологией и проводить дифференциальную диагностику, имеются наборы спирографических исследований, в том числе с включением бронходилатационной пробы, графических изображений, что позволяет проводить дифференциальный диагноз по дополнительным методам обследования. Разработаны методические рекомендации с иллюстративным материалом по совершенствованию мануальных навыков обучающегося.

За последние годы в лечении пульмонологических заболеваниях появилось и появляются различные новые ингаляционные

препараты, новые ингаляционные устройства, которые требуют определенных индивидуальных навыков применения. Поэтому одной из задач обучения студентов лечебного факультета является формирование компетенций, направленных на овладение, закрепление и совершенствование навыков применения ингаляционных устройств (небулайзер, турбухалер, бризхалер, респимат, хэндихалер, аэролайзер, дозированный аэрозольный ингалятор, спиромакс, джэнуэйр, эллипта, аэросфера). Данные практические навыки имеют важное значение в последующей деятельности врача-терапевта, участкового врача и врачей других специальностей, поскольку распространенность пульмонологических заболеваний достаточно высока, и связана в том числе с профессиональными, региональными особенностями.

В Казахстане, в частности в Кустанайской, Павлодарской, Карагандинской, Шымкентской областях, равно как и в Кемеровской области находятся крупнейшие месторождения угля, то есть имеет место общие факторы риска пульмонологических заболеваний среди населения, в частности, профессиональные вредности. Наряду с курением воздействие неблагоприятных экологических факторов способствуют увеличению доли населения с хроническим пылевым бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой. К настоящему моменту в стране насчитывается 6919 больных с профессиональными заболеваниями, ежегодно регистрируется 500–600 новых случаев.

Первое место в структуре профессиональной патологии занимают заболевания, связанные с функциональными перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем (48,85%), затем — заболевания от воздействия промышленных аэрозолей (37,65%), физических факторов (5,85%). Заболевания, вызванные воздействием химических факторов, составляют 5,15%, связанные с воздействием производственных аллергенов – 0,53%, биологических факторов – 1,95%. В 2013 г. в Республике Казахстан удельный вес профессиональных заболеваний составил на предприятиях: горнорудной промышленности – 54,1%, угольной –

34,9% химической – 4%, строительной – 1,4%, здравоохранения – 1,7% металлургической промышленности – 0,7% нефтегазовой – 0,7%. Сохраняется высокая выявляемость первичной профессиональной заболеваемости в Карагандинской и Восточно-Казахстанской областях. За прошедшие годы отсутствуют данные о первичной профессиональной заболеваемости в Костанайской, Кызылординской, Западно-Казахстанской и Северо-Казахстанской областях, тогда как в этих регионах во вредных условиях работают от 15000 до 30000 человек [1].

Заболеваемость респираторной патологией в Кузбассе в 2,4 раза превышает травмы, отравления и другие болезни, вызванные внешними причинами, в 5,4 раза – болезни мочеполовой системы, в 6,5 раза – болезни костно-суставной системы, в 7,25 раза – болезни системы кровообращения и в 8,5 раза – болезни органов пищеварения. Заболеваемость внебольничными пневмониями выше на 25,9%, а бронхиальной астмой и другими аллергическими заболеваниями респираторной системы – выше на 40,8%, хроническая обструктивная болезнь легких в 2 раза превышала показатели по РФ. Заболеваемость туберкулезом, туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, туберкулезом с ВИЧ-инфекцией была соответственно в 2,0; 2,4; 6,75 раза выше общероссийских показателей. Заболеваемость злокачественными болезнями дыхательных путей была выше на 5,7%, чем средний показатель по Российской Федерации. Болезни органов дыхания являются ведущей патологией в Кузбассе, что связано, прежде всего, с высокой концентрацией угольных, металлургических предприятий, создающих неблагоприятную экологическую ситуацию и соответственно высокую нагрузку на респираторную систему населения, проживающего в регионе [2].

Успех в лечении пациента с бронхиальной астмой, ХОБЛ в большей степени зависит от умения пациента правильно использовать назначенный ингалятор, так как именно ошибки в технике ингаляций являются основной причиной неудач в терапии брон-

хообструктивных заболеваний [3, 4]. Каждый студент имеет возможность овладеть компетенциями практического применения и освоить технику ингаляций вышеуказанных устройств, так как в комнате для обучающихся всегда доступен полный набор различных муляжей (турбухалер, бризхалер, респимат, хэндихалер, аэролайзер, ДАИ, спиромакс, джэнуэйр, эллипта, аэросфера).

В последние годы в лечении тяжелой бронхиальной астмы активно внедряется современная генноинженерная терапия: меполизумаб, омализумаб, бенрализумаб, реслизумаб, дупилумаб [5]. В процессе обучения студенты осваивают компетенции по лечебным мероприятиям, а именно: отрабатываются навыки выявления показаний, противопоказаний, методика назначения и коррекция генно-инженерной терапии при тяжелой атопической бронхиальной астме. В клинической ординатуре проводится дальнейшее совершенствование указанных компетенций, с обязательным учетом индивидуальных характеристик каждого пациента. Важную роль играет международная интеграция высшего медицинского образования в подготовке специалистов первичного звена в здравоохранении, а также участие студентов в научном обществе [6, 7].

Таким образом, в условиях новых вызовов в современных медицинских вузах освоению и закреплению практических навыков, лечебно-диагностических компетенций у студентов способствует комплекс методических мероприятий, своевременно обновляющийся фонд оценочных средств, приближенный к практическому здравоохранению.

Список источников

1. Джакупбекова Г. М., Аманбекова А. У., Газизова А. О., Отарбаева М. Б., Акынжанова С. А., Ким А. Н., Фазылова М.-Д.А. Профессиональная заболеваемость в Казахстане // Медицина труда и промышленная экология. – 2014. – № 8. – С. 5-8.

2. Ханин А. Л., Шабина О. П., Викторова И. Б. Болезни органов дыхания в промышленном регионе Сибири: анализ заболеваемости на примере Кемеровской области // Вестник современной клинической медицины. – 2019. – Т. 12, вып. 3. – С. 47-53.
3. Колосова Н. Г., Геппе Н. А. Ингаляционная терапия в педиатрии: от фундаментальной науки к практическому использованию // Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2018. – №3. – С. 66-68.
4. Малявин А. Г. Разумный выбор ингаляционного устройства у пациентов с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких //Терапия. – 2020. – №5. – С. 125-131.
5. Zyryanov S. K., Butranova O. I. Genetically engineered drugs for treatment of bronchial asthma: recent achievements. Russian Pulmonology. 2018; 28 (5): 584–601 (in Russian).
6. Шелихов В. Г., Шангина О. А., Костин В. И. Международная интеграция высшего медицинского образования в подготовке специалистов первичного звена в здравоохранении // Материалы научно-практической конференции «Международная интеграция как вектор развития совершенствования преподавания фундаментальных дисциплин в медицинских вузах», посвященная 30-летию независимости Республики Казахстан (09 апреля 2021 года). – Семей, 2021. – С. 131.
7. Шелихов В. Г., Шангина О. А., Смакотина С. А., Костин В. И. Вклад студенческого научного общества на кафедре госпитальной терапии и клинической фармакологии в профориентацию выпускников университета // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения. Материалы XIII научно-методической онлайн конференции с международным участием. – Кемерово: КемГМУ, 2021. – С. 12-16.

ШАЧНЕВ Е. В., ШАЧНЕВА В. А.

**ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РСФСР
ПЕЛАГЕЯ АНТОНОВНА ШАЧНЕВА**

Аннотация. Статья посвящена выдающемуся кузбасскому врачу Пелагеи Антоновне Шачневой. Она внесла существенный вклад в развитие здравоохранения Гурьевского района Кемеровской области. Особое внимание заслуживает ее врачебная деятельность.

Ключевые слова: здравоохранение, родильный дом, главный врач, акушер – гинеколог, Гурьевский район, Кемеровская область.

SHACHNEV E. V., SHACHNEVA V. A.

**HONORED DOCTOR OF THE RSFSR
PELAGEYA ANTONOVNA SHACHNEVA**

Abstract. The article is dedicated to the outstanding Kuzbass doctor Pelageya Antonovna Shachneva. She made a significant contribution to the development of healthcare in the Guryev district of the Kemerovo region. Her medical work deserves special attention.

Keywords: healthcare, maternity hospital, chief physician, obstetrician -gynecologist, Guryevsky district, Kemerovo region.

«Благополучно оканчивайте институт, и учиться придется всю жизнь, особенно первые 5 лет. Профессию вы выбрали тяжелую, но нужную людям, любая болезнь тяжела даже самая маленькая, никогда не говорите, что это пустяк, для врача иногда это пустяк, а для больного важно. Будьте всегда самими собой и людьми, даже тогда, когда жизнь накладывает какие-то испытания».

Пелагея Антоновна Шачнева

Пелагея Антоновна Шачнева (Назарова) (рис.1) родилась



Рис. 1. П. А. Шачнева

15 октября 1921 г. в небольшой деревеньке Новая Михайловка Саранского района Мордовской АССР (ныне Республика Мордовия – авт.) [1]. Родители были крестьянами, в семье растили еще пятерых детей (двух братьев и трех сестер). Детство было трудным, нужно было помогать родителям по хозяйству. Юная Пелагея делала все: пасла коров, поливала и полола огород. В те годы, изменения, происходившие в России, докатились и до д. Новой Михайловки: продразверстка, новая экономическая политика, коллективизация. Часть се-

мьи во главе с матерью оказались в ссылке. Другая ее половина с отцом, старшей сестрой Анной, братом Леонтием и маленькой Пелагеей, спасаясь от репрессий, уехали на Урал. Некоторое время жили в Копейске Уральской области. В 1932 г. услышали от кого-то о небольшом сибирском рабочем поселке Гурьевск при Гурьевском металлургическом заводе (сегодня г. Гурьевск Кемеровской области – Кузбасса) [2], в котором собирают «невиданные урожаи картошки». В итоге семья Пелагеи решила отправиться в Сибирь. В 1933 г. Пелагея и ее родные добрались до места. Гурьевск встретил неласково: дождями и непролазной грязью. Поселились на квартире. Отец устроился охранять поля на подсобном хозяйстве Гурьевского металлургического завода (ныне с-з Гурьевский), старшая сестра Анна работала на хлебозаводе, а младшие, брат Леонтий и Пелагея, учились в школе. Учились, правда, по очереди, так как обувь у них была одна на двоих, вот и ходили в школу то Леонтий, то Пелагея [3].

В 1939 г. Пелагея Антоновна поступила в Томский медицинский институт. И вдруг грянуло 22 июня 1941 г. Как бы его не описывали в различных книгах, в учебниках, для простых людей это случилось именно вдруг. В Томске было два часа дня, когда объявили о начале войны. Вот как вспоминала этот день Пелагея Антоновна: «Экзамены на 1 курсе подходили к концу. С утра 22 июня я уселась шить купальник, ведь надвигался купальный сезон на Томи. И если с семи утра я продвинулась довольно далеко, то после сообщения по радио о войне я только пальцы исколола иглой, при этом ни на шаг не продвинулась дальше в своем шитье. Меня обуревали мысли: призовут брата Леонтия на войну или студентов не тронут, а если его призовут, успеет ли он поехать, или война закончится раньше». Когда началась Великая Отечественная война, большинство студентов их института призывали на фронт: 1 и 2 курсы – фельдшерами, 4 и 5 курсы – врачами. 3 курс, на котором как раз и училась Пелагея Антоновна, оставили доучиваться – тылу тоже нужны были врачи. Особенно тяжело было в 1941 – 1942 гг. Программу значительно сократили, готовили к выпуску в 1943 г. По мере улучшения дел на фронте изменялась и жизнь в тылу: отменили ускоренный выпуск, добавив еще год обучения, в институт стали возвращаться ребята, мобилизованные на трудовой фронт [3].

В конце 1943 г. произошло знакомство Пелагеи Антоновны Назаровой с ее будущим супругом Павлом Михайловичем Шачневым. Точнее они и раньше были знакомы, но теперь чувство взаимной симпатии, переросло в большую любовь. В 1944 г. Пелагея Антоновна окончила медицинский институт и в том же году вышла замуж за Павла Михайловича Шачнева, в будущем талантливый хирург, поставивший на ноги многих гурьян.

После окончания Томского медицинского института в 1944 г. работала на кафедре акушерства и гинекологии Томского медицинского института в качестве врача ординатора [4]. 8 мая 1945 г. в их молодую семью пришла большая радость – родился сын,

которого называли Николаем. А на следующий день объявили о капитуляции Германии. И это было также не меньшей радостью.

В 1946 г., после окончания медицинского института мужем Павлом Михайловичем, молодые врачи поехали по направлению работать в г. Гурьевск. Состояние, в котором находилась медицина в те годы в г. Гурьевске, когда Шачневы приехали сюда работать, хорошо показано в письме Пелагеи Антоновны супругу, написанном ранее, в 1945 г. Тогда она находилась в декретном отпуске со старшим сыном и, приехав погостить к родителям в Гурьевск, писала: «Советы родителей склоняются в сторону того, чтобы мы работали в Гурьевске. Здесь легче встать на ноги в экономике, да и они, чем могут, помогут. Врачей здесь не хватает. Хирурга в больнице нет, режет фельдшер, к нему все боятся идти, ухо-горло нет совсем, невропатолога тоже, глазник – фельдшер, но гинекологов – 2» [3].

Свою профессиональную деятельность в г. Гурьевск Пелагея Антоновна начала в роддоме. В те годы он находился около современного гурьевского автовокзала. Позднее будет построен новый роддом (на месте которого сейчас находится инфекционная больница) [5]. Стоит отметить, что П. А. Шачнева принимала самое активное участие в обсуждении проекта нового здания роддома.

Врач П. А. Шачнева постоянно повышала свой профессиональный уровень, совершенствовала свои знания. За время работы неоднократно проходила специализацию и повышения квалификации в институтах усовершенствования врачей в Казани, Новокузнецке, Москве. Она являлась постоянным участником специализированных семинаров и научных обществ акушеров-гинекологов Кузбасса. В 1950 г. ей была присвоена четвертая квалификационная категория акушера-гинеколога, в 1954 г. – третья, а в 1968 г. – высшая категория.

В 1951 г. в семье появилось пополнение, родился второй ребенок дочь Татьяна [3].

Пелагея Антоновна с 1952 по 1967 г. работала главным врачом акушеро-гинекологического отделения родильного дома и женской консультации, до момента включения их в состав центральной городской больницы, где после продолжила работать в



Рис. 2. П. А. Шачнева ведет прием пациента

этой должности до 1979 г. (рис. 2). И это была отдельная, непростая глава в жизни врача. В семейном архиве Шачневых сохранилась газета «Знамя Ильича» за 1965 г., в которой

рассказывается, какой сложный путь прошла Пелагея Антоновна, сколько ночей не спала, как практически поселилась в родильном доме, чтобы снизить детскую смертность и свести к нулю смертность женскую, сделать Гурьевский родильный дом образцовым. Как пыталась приучить некоторых сотрудников работать, по совести не только днем, когда все видят, но и ночью, когда никого из начальства в родильном доме нет [6]. Лидия Алексеевна Прозорова, в те годы работавшая в детском отделении роддома, вспоминает, что Пелагея Антоновна была нетерпима к двум вещам – халатности в работе и вранью. К вранью – особенно! Но при всей своей требовательности она никогда не ругала сотрудников прилюдно. Если кто-то допустил промашку, приглашала к себе в кабинет и за закрытыми дверями спокойно, не повышая голоса, высказывала свои замечания. Выйдя из кабинета, тут же забывала о неприятном инциденте и дальше вполне доброжелательно, как будто ничего и не произошло, общалась с провинившимся. «Всех

своих подчиненных она воспринимала как детей», – говорит Лидия Алексеевна, – всегда помогала советом. Если ее кто-то чем-то угостит, никогда не съест сама, всегда пригласит всех и усадит пить чай. Из отпуска обязательно привозила всем сувениры. Привезет, выложит все на стол и смеется: «Это для моих ребятешек» [7]. Пелагея Антоновна проявляла себя не только, как талантливым врачом, но и как способный организатор коллектива, опытный администратор.

В 1960 г. в семье Шачневых родился третий ребенок, сын Владимир. Дети в семье, не смотря на значительную разницу в возрасте, жили дружно. Все усилия по продолжению врачебной династии были сосредоточены именно на нем, на младшем сыне Пелагеи Антоновны. Это была тонкая политика и незаметная пропаганда профессии врача, и никогда это не было диктатом или принуждением.

Учреждение, руководимое П. А. Шачневой, добивалось высоких показателей в работе, за что многократно награждалась грамотами горздравотдела, горкома профсоюза медицинских работников, горисполкома, обкома профсоюза медицинских работников. Так, например, в 1963 г. Гурьевскому родильному дому одному из первых среди учреждений здравоохранения Кемеровской области было присвоено звание «Коллектива коммунистического труда» с вручением переходящего Красного знамени и премии в виде автомашины «Шкода». А главному врачу П. А. Шачневой в 1965 г. было присвоено почетное звание «Заслуженный врач РСФСР» [3, 8].

С 1952 по 1979 г. врач П. А. Шачнева являлась внештатным городским акушером-гинекологом и много делала для улучшения работы акушерско-гинекологической службы города.

Кто-то из гурьевских медиков посчитал, что за время работы в городе П. А. Шачнева приняла 18 тыс. родов. Подумать только – 18 тысяч юных гурьян появилось на свет с помощью этого доброго человека [4, 9].

Под ее руководством выросли многие специалисты, врачи акушеры-гинекологи, которые работали, как в Гурьевске, так и в других городах Советского Союза. Это врачи: Л. Е. Митюкова, Н. Р. Старченкова, М. В. Хорошко, Л. В. Трунина, Н. В. Черенева, Л. В. Мальцева и многие другие.

Врач П. А. Шачнева была с 1968 г. членом КПСС, являлась ударником коммунистического труда. Она постоянно занималась



**Рис. 3. XVI областная партийная конференция, декабрь 1975 г.
П. А. Шачнева первый ряд, восьмая справа**

общественной деятельностью, неоднократно избиралась в местный комитет и горком союза медицинских работников. Более десяти лет была пропагандистом системы политпросвещения, за что награждалась ценными подарками и лентой «Отличник политобразования». Пелагея Антоновна была членом методического совета горкома КПСС по идеологической работе. В 1975 г. П. А. Шачнева избиралась делегатом городской и XVI областной партийной конференций (рис. 3) [3].

Долголетний, самоотверженный труд Пелагеи Антоновны отмечен различными государственными и ведомственными наградами. Среди них: медали – «За доблестный труд». В ознаменование 100-летия со дня рождения Владимира Ильича Ленина» (1965) и «Ветеран труда» (1975), знак «Победитель социалистического соревнования» (1975) [3]. Неоднократно ее работа отмечалась благодарностями министра здравоохранения РСФСР. Помимо этого, много раз награждалась грамотами горздрав отдела, горкома союза медицинских работников, горисполкома, горкома КПСС, обкома союза медицинских работников, центрального комитета профсоюза медицинских работников, Кемеровского облисполкома.

Врачебная династия легендарного гурьевского врача продолжается и по сей день. Ее младший сын Владимир Павлович Шачнев является оперирующим хирургом, заведующим отделением и ведущим специалистом района. Младшая сноха Пелагеи Антоновны Наталия Алексеевна Шачнева продолжает ее деятельность в лице акушера-гинеколога, заведующего гинекологическим отделением и ведущего специалиста района. Они оба работают в той самой Гурьевской районной больнице [5]. Младший внук Евгений Шачнев и его жена Виктория Шачнева получают специальность врач-лечебник в Кемеровском государственном медицинском университете. Таким образом, Пелагея Антоновна посеяла зерно с твердым основанием для своих детей и внуков, в котором они точно знают кто они и, что им присуще. Ведь без знания прошлого невозможно построить будущее.

Биография Пелагеи Антоновны Шачневой наглядно демонстрирует, что ее жизнь неотъемлемо связана с историей становления и развития медицины в Кузбассе, где она проработала всю жизнь. Ей пришлось пережить сталинские репрессии, военную юность, неустроенность быта, сложности работы в условиях острой нехватки врачебных кадров и медицинских учреждений. Ее профессиональный путь – это преодоление трудностей, это искреннее желание способствовать усовершенствованию системы

здравоохранения и приближению ее к нуждам людей. Этому была посвящена ее жизнь, к этому стремятся ее потомки врачи из династии Шачневых.

Список источников

1. Новая Михайловка (Мордовия). URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Новая_Михайловка_\(Мордовия\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Новая_Михайловка_(Мордовия)) (Дата обращения: 20.01.2024).
2. Гурьевск: страницы истории // А. М. Адаменко, О. В. Баев, А. В. Блинов, В. А. Волчек, А. А. Воробей, Ю. Ю. Гизей, А. Н. Ермолаев, К. Ю. Иванов, А. Ю. Карпинец, А. В. Палин, А. А. Пережогин, В. А. Сергиенко, И. Ю. Усков. – Кемерово, 2008. – 180 с.
3. Личный архив семьи В. П. и Н. А. Шачневых.
4. Шачнева Полина Антоновна // Знамя Ильича. – 1984. – 29 нояб. – С.4.
5. ГБУЗ «Гурьевская районная больница». URL: <http://www.gurcrb.ru/otdeleniya-i-polikliniki#khirurgicheskoe-otdelenie> (Дата обращения: 28.01.2024).
6. Пашкова А. Ради жизни // Знамя Ильича. – 1965. – 1 мая. – С. 4.
7. Кудинова В. Мать города // Знаменка. Газета Гурьевского района Кемеровской области. URL: <http://znamenka-gur.ru/articles/media/2021/10/26/mat-goroda/> (Дата обращения: 22.01.2024).
8. Копия Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 25.02. 1965 г. О присвоении почетного звания П. А. Шачневой «Заслуженный врач РСФСР» // Личный архив семьи Шачневых.
9. Сорокин М. Е. Гурьевск. – Кемерово: Кемеровское кн. изд-во, 1987. – 192 с.

ШЕЛИХОВ В. Г., ШАНГИНА О. А.,
СМАКОТИНА С. А., КОСТИН В. И.

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ-ПУЛЬМОНОЛОГОВ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА

Аннотация. Для развития производительных сил Кузбасса необходимо повысить привлекательность региона по качеству жизни, в том числе и по охране здоровья населения, лечению заболеваний и их реабилитации. Особенностью региона является наличие высокоразвитой горнорудной, преимущественно угольной, перерабатывающей, химической промышленности, оказывающей негативное влияние, прежде всего на дыхательную систему. Повышение уровня оказываемой квалифицированной медицинской помощи населению Кузбасса требует качественной подготовки кадров высшей квалификации для здравоохранения региона, в том числе и врачей-пульмонологов.

Обучение специалистов на этапе ординатуры осуществляется преимущественно в Кемеровском государственном медицинском университете в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ, Министерства образования и науки РФ, основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.45 Пульмонология. Подготовка врачей-пульмонологов в клинической ординатуре способствует их успешной работе, что помогает решать задачу формирования благоприятной среды в Кузбассе.

Ключевые слова: здоровье, население, клиническая практика, Кузбасс, ординатура, пульмонология, университет

SHELIKHOV V. G., SHANGINA O. A.,
SMAKOTINA S. A., KOSTIN V. I.

TRAINING OF PULMONOLOGISTS FOR KUZBASS HEALTHCARE

Abstract. To develop the productive forces of Kuzbass, it is necessary to increase the attractiveness of the region in terms of quality of life, including public health protection, disease treatment and rehabilitation. A special feature of the region is the presence of highly developed mining, mainly coal, processing, and chemical industries, which have a negative impact, primarily on the respiratory system. Increasing the level of qualified medical care provided to the population of Kuzbass requires high-quality training of highly qualified personnel for the health care of the region, including pulmonologists. The training of pulmonologists at the residency stage is carried out mainly at Kemerovo State Medical University in accordance with the orders of the Ministry of Health and the Ministry of Education and Science of the Russian Federation, the main professional educational program of higher education is the residency program in the specialty 31.08.45 Pulmonology. The training of pulmonologists in clinical residency contributes to their successful work, which helps to solve the problem of creating a favorable environment in Kuzbass.

Keywords: health, population, clinical practice, Kuzbass, residency, pulmonology, university

Повышение экономической значимости Кузбасса невозможно без формирования благоприятных условий региона для проживающего и, возможно, для прибывающего населения, в том числе, привлекательных с позиций охраны здоровья населения, лечения и реабилитации. Наличие высокоразвитой горнорудной, преимущественно угольной, перерабатывающей, химической промышленности в Кузбассе, оказывающей негативное влияние,

прежде всего на дыхательную систему требует дальнейшее формирование для здравоохранения региона повышение качественной подготовки врачей - пульмонологов.

Подготовка врачей-пульмонологов высшей квалификации в последние годы увеличилась, так с 2022 г. обучалось или принято в клиническую ординатуру по пульмонологии десять выпускников лечебного и педиатрического факультетов. Обучение проводится сотрудниками кафедры госпитальной терапии и клинической фармакологии на базе Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи имени М. А. Подгорбунского. Специалисты, выбравшие эту специальность, знакомятся с программой подготовки, организацией пульмонологической помощи в Кузбассе, учебной и научной литературой, клиническими рекомендациями по диагностике, лечению, профилактики и реабилитации пациентов с патологией легких. Также изучаются особенности проведения профилактической, диагностической, лечебной работы при заболеваниях системы дыхания у беременных и других групп населения.

Обучение в клинической ординатуре по пульмонологии строится в соответствии с приказами Министерства здравоохранения, Министерства образования и науки Российской Федерации, основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.45 Пульмонология и включает как теоретическую, так и практическую подготовку [1, 2, 3]. В плановом порядке проводится собеседование с ординаторами по основным темам разделов пульмонологии, тестирование и решение ситуационных задач. Собеседование имеет практическую направленность в освоении теоретического материала, изучения возможностей использования новейших данных этиологии, патогенеза, в улучшении диагностики, лечения, реабилитации, а также профилактики легочных заболеваний. Мы активно используем возможности интернета, в частности, прослушивание ординаторами вебинаров по

легочной тематике. По ним ординаторы готовят презентации, проводят диспуты, обзоры.

Основным направлением в подготовке клинических ординаторов считаем приобретение необходимых компетенций, определяющих практическую ценность специалиста. В соответствии с рабочей программой, все ординаторы ежедневно, самостоятельно, под контролем сотрудников отделения и доцентов кафедры, курируют больных в пульмонологическом отделении Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи имени М. А. Подгорбунского. Изучая течение заболеваний курируемых больных, обучающиеся прослеживают реальные возможности как личностные больного, так и медицинской организации в предотвращении утяжеления состояния амбулаторно, ошибок, приводящих к ухудшению состояния, планируют ведение больного. Текущий контроль умения ординаторов проводить субъективное и объективное исследование, анализировать лабораторные данные, результаты инструментальных исследований, проводится при оформлении историй болезни, на утренних конференциях, во время клинических обходов и последующих клинических разборов. Ситуационные задачи составляются по курируемым больным, что значительно повышает значимость практической подготовки. При летальном исходе заболевания ординаторы участвуют в проводимой аутопсии, регулярно участвуют в работе комиссии по изучению летальных исходов, в патологоанатомических конференциях.

Наряду с базовой подготовкой в пульмонологическом отделении стационара, ординаторы знакомятся с ведением больных в приемном покое и в других терапевтических отделениях. Регулярно, по графику, ординаторы готовят клинические разборы курируемых больных с последующим обсуждением сотрудниками кафедры.

За два года обучения в многопрофильной крупнейшей больнице г. Кемерово ординаторы приобретают практические навыки

проведения междисциплинарного подхода в диагностике, лечении и реабилитации легочных заболеваний у беременных, пожилых пациентов, у больных с инфекционной, эндокринной, кардиологической, гастроэнтерологической, хирургической и травматологической патологией [4]. Одновременно ординаторы приобретают необходимые компетенции при оказании неотложной медицинской помощи при астматическом статусе, отеке легких, остановке сердца и других неотложных ситуациях.

Врачи-пульмонологи за время обучения в клинической ординатуре учатся докладывать состояние пациентов, проводить научные клинические исследования, анализировать полученные результаты. Они участвуют в проведении конференций различного уровня, национального конгресса по пульмонологии, публикуются в научных изданиях.

В практическом обучении ординаторов огромное значение имеет создание благоприятного климата прохождения клинической ординатуры [4, 5].

Результаты подготовки ординаторов находят практическое применение задолго до окончания клинической ординатуры. Администрация лечебного учреждения приглашает обучающихся на работу по совместительству в качестве стажеров в приемный покой, в пульмонологические и терапевтические отделения больницы с предложением дальнейшего продолжения трудовой деятельности в данном учреждении.

Таким образом, в клинической ординатуре по пульмонологии у обучающихся формируются компетенции, необходимые для последующей успешной работы врача-пульмонолога. Выпускники четко знают организацию пульмонологической помощи в Кузбассе и умеют бороться с патологией системы дыхания. Совместная многоплановая работа кафедры госпитальной терапии и клинической фармакологии Кемеровского государственного медицинского университета с крупнейшим лечебным учреждением Кузбасса способствует решению общих проблем здравоохранения региона.

Список источников

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» // ГАРАНТ. URL: <https://base.garant.ru/70500132/> (Дата обращения: 02.02.2024).

2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. №1087 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.45 «Пульмонология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» // ГАРАНТ. URL: <https://base.garant.ru/70779462/53f89421bbdaf741eb2d1ec4ddb4c33/> (Дата обращения: 02.02.2024).

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 08.10.2015 г. N 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (с изменениями и дополнениями) // Министерство здравоохранения РФ. URL: <https://minzdrav.gov.ru/> (Дата обращения: 02.02.2024).

4. Захаренкова К. А., Абрамов Н. В. Взаимодействие медицинского вуза и работодателей, как необходимое условие решения кадрового дефицита // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения : материалы XIV научно-методической конференции с международным участием (Кемерово, 28 декабря 2022 г.). – Кемерово: КемГМУ, 2022. – С. 369-372.

5. Помазанова Е. В. Особенности взаимодействия образовательной организации с практическим здравоохранением // Научный журнал. – 2018. – №2 (25). – С. 47-49.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Акименко Галина Васильевна – к.и.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Александрова Карина Руслановна – студентка Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Ананды Кежикмаа Геннадьевна – ординатор Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Басалаева Оксана Геннадьевна – к.филос.н., доцент кафедры медицинской, биологической физики и высшей математики, г. Кемерово.

Басова Галина Григорьевна – к.м.н., доцент кафедры офтальмологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Батаева Елена Петровна – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней Читинской государственной медицинской академии, г. Чита.

Батуева Наталья Игоревна – врач Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи имени М. А. Подгорбунского, г. Кемерово.

Береснева Анастасия Сергеевна – студентка Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Боровикова Злата Владимировна – к.и.н., доцент кафедры истории Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Боровков Владислав Валерьевич – старший оператор научной роты Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург.

Буслаев Михаил Сергеевич – студент Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Валиуллина Евгения Викторовна – к.псих.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Веретенев Данил Борисович – студент Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Визило Татьяна Леонидовна – д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Воронкова Алина Викторовна – врач Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи имени М. А. Подгорбунского, г. Кемерово.

Гейко Елена Геннадьевна – к.м.н., доцент Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва.

Герасимова Ирина Дмитриевна – ординатор Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Гончаренко Алексей Владимирович – к.м.н., доцент кафедры офтальмологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Гончаренко Владимир Алексеевич – старший преподаватель кафедры офтальмологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Гончаренко Элина Алексеевна – студентка Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Горбушина Анна Андреевна – к.и.н., научный сотрудник Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» в Перми, г. Пермь.

Громакина Елена Владимировна – д.м.н., заведующая кафедрой офтальмологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Губанова Инна Валерьевна – заведующая методическим отделом научной библиотеки Читинской государственной медицинской академии, г. Чита.

Гукина Людмила Владимировна – к.филол.н., заведующая кафедрой иностранных языков Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Демидович Арина Евгеньевна – ординатор Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Елизаров Ефим Сергеевич – соискатель, кафедра акмеологии и психологии развития Кемеровского государственного университета, г. Кемерово.

Елизарова Дарья Игоревна – студентка Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Звягин Сергей Павлович – д.и.н., профессор кафедры истории Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Зимин Игорь Анатольевич – врач Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи имени М. А. Подгорбунского, г. Кемерово.

Золотухин Владимир Михайлович – д.филол.н., профессор кафедры истории, философии и социальных наук Кузбасского государственного технического университета имени Т. Ф. Горбачева, г. Кемерово.

Казакова Людмила Николаевна – независимый исследователь, г. Ангарск Иркутской области.

Карташова Полина Максимовна – студентка Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Кирюхина Светлана Петровна – ординатор Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Костин Владимир Иванович – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии и клинической фармакологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Коростелева Маргарита Михайловна – к.м.н., старший научный сотрудник ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»; Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва.

Короткова Мария Николаевна – к.пол.н., заведующая кафедрой истории Отечества, истории медицины, политологии и социологии Пермского государственного медицинского университета имени академика Е. А. Вагнера, г. Пермь.

Красильникова Оксана Сергеевна – к.филос.н., старший преподаватель кафедры теории и методики преподавания гуманитарных дисциплин Кемеровского государственного университета, г. Кемерово.

Кривошекова Дарина Ивановна – студентка Пермского государственного медицинского университета имени академика Е. А. Вагнера, г. Пермь.

Кузнецова Ольга Викторовна – врач Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи имени М. А. Подгорбунского, г. Кемерово.

Кулемин Максим Эдуардович – оператор научной роты Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург.

Кутькина Карина Алексеевна – ординатор Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Мерзлякова Полина Вадимовна – магистрант Национального исследовательского университета ИТМО, г. Санкт-Петербург.

Мингазов Ильдар Файзрахманович – научный сотрудник ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, г. Новосибирск.

Михеев Валерий Николаевич – заведующий отделом гигиенических исследований с лабораторией физических факторов ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, г. Новосибирск.

Москалева Елена Павловна – заведующая научной библиотекой Читинской государственной медицинской академии, г. Чита.

Новикова Ирина Игоревна – директор ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, г. Новосибирск.

Палин Алексей Владимирович – к.и.н., доцент кафедры истории Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Пермякова Елена Юрьевна – заведующая пульмонологическим отделением Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи имени М. А. Подгорбунского, г. Кемерово.

Поляков Анатолий Яковлевич – научный сотрудник ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, г. Новосибирск.

Помыткина Татьяна Евгеньевна – д.м.н., заведующая кафедрой поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Попонникова Татьяна Владимировна – д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Прихода Игорь Викторович – д.пед.н., к.м.н., профессор кафедры психологии и конфликтологии Луганского государственного университета имени Владимира Даля, г. Луганск.

Радыш Иван Васильевич – д.м.н., профессор Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва.

Сбитнев Федор Федорович – студент Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Селедцов Александр Михайлович – д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Смакотина Светлана Анатольевна – д.м.н., заведующая кафедрой госпитальной терапии и клинической фармакологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Снегирева Татьяна Геннадьевна – к.м.н., старший преподаватель Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва.

Солдатова Екатерина Юрьевна – клинический ординатор Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Солдатова Жанна Ивановна – врач Клинического консультативно-диагностического центра имени И. А. Колпинского, г. Кемерово.

Теличко Илья Андреевич – оператор научной роты Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург.

Токмакова Лидия Анатольевна – студентка Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Тюлюкин Вадим Анатольевич – к.м.н., врач Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи имени М. А. Подгорбунского, г. Кемерово.

Федосеева Ирина Фаисовна – к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Финк Дарья – студентка Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Шангина Ольга Анатольевна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и клинической фармакологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Шаряфетдинов Инсар Саякжанович – студент Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Шачнев Евгений Владимирович – студент Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Шачнева Виктория Александровна – студентка Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Шелихов Валентин Григорьевич – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и клинической фармакологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Ядыкина Кристина Михайловна – ординатор Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Яковлев Антон Сергеевич – ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.

Научное издание

История медицины в Сибири
Сборник материалов
Всероссийской научно-практической конференции.

Подписано в печать 12.03.2024. Формат 60×84^{1/16}
Усл. печ. л. 19,9. Уч.-изд. л. 18,6.