

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ

Ж У Р Н А Л



ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ
СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ
РЕВОЛЮЦИИ

11

НОЯБРЬ

МЕДГИЗ · 1947

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Редактор

генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН

Зам. редактора

генерал-лейтенант медицинской службы А. Я. БАРАБАНОВ

Секретарь

полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:

генерал-майор медицинской службы Ф. Ф. БЕРЕЗКИН,
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. Н. ЕЛАНСКИЙ,
полковник медицинской службы С. А. ПОСПЕЛОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН,
полковник медицинской службы В. В. СКВОРЦОВ,
генерал-майор Л. А. ХОДОРКОВ

11

НОЯБРЬ







ТРИДЦАТИЛЕТИЕ ВЕЛИКОГО ОКТЯБРЯ

Тридцатую годовщину Великой Октябрьской социалистической революции народы нашей страны празднуют как знаменательную дату установления советской власти, победы диктатуры пролетариата и торжества социализма в СССР.

Октябрьская социалистическая революция ниспровергла помещичье-капиталистический строй в нашей стране и установила советскую власть. Она превратила заводы, фабрики, землю, железные дороги, банки в собственность всего народа, в общественную социалистическую собственность. Она создала необходимые предпосылки и условия построения коммунистического общества в СССР. Строй классового и национального угнетения сменился новым, социалистическим советским строем, исключаящим эксплуатацию человека человеком, национальный гнет и несправие.

Партия большевиков, ее гениальные вожди Ленин и Сталин указали рабочему классу России победоносный путь его исторического развития. Они мобилизовали и организовали многомиллионные массы рабочих и крестьян на борьбу против помещиков и капиталистов, за диктатуру рабочего класса. Партия большевиков возглавила революционное движение и обеспечила историческую победу пролетарской революции в нашей стране.

В октябрьских боях рабочий класс под руководством большевистской партии отвоевал Россию не только у своей национальной буржуазии, он отвоевал ее и у иностранной буржуазии, которая старалась полностью превратить нашу страну в колонию международного империализма. Теперь всему миру известны планы империалистических государств, стремившихся разделить Россию на сферы своего влияния, неисчислимые богатства нашей страны сделать источником наживы иностранных капиталистов, а народы поращенной России превратить в колониальных рабов.

Октябрьская революция, совершенная под руководством большевистской партии, освободила пролетариат и всех трудящихся нашей страны от эксплуатации, заложила прочные основы содружества народов СССР в рамках нового, социалистического государства, вывела страну на путь социалистического развития, обеспечила превращение России в могучее социалистическое государство.

Великая Октябрьская социалистическая революция ознаменовала коренной поворот во всемирной истории. Веками лучшие умы человечества, выражая сокровенные чаяния народных масс, мечтали о золотом веке, о светлом обществе будущего. Но только гением Ленина и Сталина, которые творчески развили драгоценные идеи научного социализма Маркса—Энгельса, создано целостное, всепобеждающее учение о путях построения этого общества будущего.

Великие освободительные идеи Октябрьской социалистической революции вдохновляют трудящихся всего мира на борьбу за демократию и прогресс против реакции и угнетения. Товарищ Сталин указывал, что «...победа Октябрьской революции означает коренной перелом в истории человечества, коренной перелом в исторических судьбах мирового капитализма, коренной перелом в освободительном движении мирового пролетариата, коренной перелом в способах борьбы и формах орга-

низации; в быту и традициях, в культуре и идеологии эксплуатируемых масс всего мира»¹.

Великая Октябрьская социалистическая революция открыла новую эру в мировой истории. Знаменосцем этой новой эры является испытанная в боях партия Ленина—Сталина, которая руководит первым в мире социалистическим государством рабочих и крестьян, сохраняет и приумножает завоевания Великой Октябрьской социалистической революции. Народы Советского государства, возглавляемые нашей партией, выдержали суровые испытания и за 30 лет в корне перестроили отсталую в прошлом экономику России, превратили ее в великую индустриальную и колхозную державу. За эти годы расцвела наша родина, невиданно возросли ее силы, материальная и духовная культура и благосостояние широких масс трудящихся. И когда немецко-фашистские изверги вероломно напали на нашу страну, они получили сокрушительный отпор и были повержены в прах. Советский общественный и государственный строй, советская экономическая система, идейно-политическое единство советского народа блестяще выдержали суровое испытание войной. Наше социалистическое государство вышло из войны еще более сильным и прочным.

Создание в октябре 1917 г. Советского государства явилось основным условием для политического, экономического и культурного преобразования нашей страны. Советская власть возникла и окрепла на основе незыблемого союза рабочего класса и трудящегося крестьянства, при руководящей роли пролетариата, возглавляемого большевистской партией. Это обеспечило прочность завоеваний Великой Октябрьской социалистической революции.

Вся история возникновения, формирования и укрепления Советского государства показывает, что оно с первых дней своего существования стало важнейшим фактором нашего движения вперед, к коммунизму, вдохновляющим примером борьбы за мир, за светлое будущее всего угнетенного человечества.

Гениальные организаторы Великой Октябрьской социалистической революции — Ленин и Сталин — определили и наметили исторические пути развития революции, основную линию борьбы пролетариата. Партия большевиков шла к Октябрю вооруженная революционным учением марксизма—ленинизма, имея перед собой смелую и величественную программу обновления России. Это была программа полного освобождения народов нашей страны от буржуазно-помещичьего гнета, программа ликвидации полуколониальной зависимости страны от империалистических государств, программа превращения России в могучую социалистическую державу, построенную на братском содружестве народов.

«Перед Россией стояло два пути:

либо прекращается война, разрываются все финансовые связи с империализмом, революция двигается дальше, расшатываются основы буржуазного мира, — и начинается эра рабочей революции;

либо другой путь, путь продолжения войны, продолжения наступления на фронте, подчинения всем приказаниям союзного капитала и кадетов, — и тогда полная зависимость от союзного капитала (в Таврическом дворце были определенные слухи, что Америка даст 8 миллиардов рублей, даст средства «восстановить» хозяйство) и торжество контрреволюции.

Третьего не дано»².

Основная задача большевистской партии в подготовке Октябрьской революции заключалась в том, чтобы завоевать массы, завоевать боль-

¹ И. В. Сталин, Вопросы ленинизма, XI изд., стр. 175.

² И. В. Сталин, Собр. соч., т. 3, стр. 175—176.

шинство в советах — наиболее демократических революционных организациях.

Апрельские тезисы Ленина — величайший программный документ большевизма, — вооружили партию, рабочий класс и трудящихся всей страны на борьбу с капиталистами, за Советскую власть. Ленинские тезисы и основанные на них решения апрельской конференции партии привлекли внимание всей партии к борьбе за перерастание буржуазно-демократической революции в социалистическую. На этой конференции товарищ Сталин, защищая ленинскую линию на социалистическую революцию, разоблачил оппортунистическую антиленинскую линию предателей троцкистов и бухаринцев. На основе решений апрельской конференции партия развернула огромную работу по завоеванию масс, по всеобщему воспитанию и организации их. Партия терпеливо разъясняла массам их основные задачи, меняла свою тактику в зависимости от обстановки, разоблачала преступную роль коалиционного правительства, выполнявшего приказы иностранных капиталистов, разоблачала тактику буржуазных и мелкобуржуазных партий. Партия большевиков возглавила движение масс, она предупреждала их против несвоевременного вооруженного выступления, оберегала от провокаций, сделала все, что от нее зависело, чтобы обеспечить мирный переход власти к Советам.

Но контрреволюция обнажила меч против надвигающейся революции, разгромив мирную июльскую демонстрацию безоружных рабочих и солдат Петрограда. Острые контрреволюции было направлено против большевистской партии и ее вождей; контрреволюционная буржуазия, меньшевики и эсеры добивались расправы над Лениным. И только благодаря гениальной прозорливости товарища Сталина, который вскрыл гнусные замыслы врагов рабочего класса, жизнь Ленина была спасена.

В интересах лучшей подготовки социалистической революции партия большевиков ушла в подполье, Ленин вынужден был скрываться в Разливе. На состоявшемся нелегально (с 26 июля по 3 августа 1917 г.) VI съезде партии товарищ Сталин отстаивал учение Ленина о возможности победы социализма в нашей стране. Съезд, объединившийся вокруг Сталина, нацелил партию на подготовку к вооруженному восстанию, на завоевание диктатуры пролетариата. Давая отпор троцкистам, считавшим невозможной победу социализма в России и пытавшимся курс партии на социалистическую революцию поставить в зависимость от пролетарской революции на Западе, товарищ Сталин заявил: «Не исключена возможность, что именно Россия явится страной, пролагающей путь к социализму»¹. «Надо откинуть отжившее представление о том, что только Европа может указать нам путь. Существует марксизм догматический и марксизм творческий. Я стою на почве последнего»². Слова Сталина были пророческими: Россия показала всему миру путь к социализму.

Товарищ Сталин на VI съезде, в соответствии с директивами Ленина, определил основные пути развития социалистической революции, четко сформулировал новые задачи и новую тактику партии в борьбе за социалистическую революцию. Сталин подверг анализу и глубоко осветил сложную обстановку в стране, возникшую в результате июльских событий. Политическая обстановка резко изменилась: двоевластия не стало; эсеровско-меньшевистское руководство советов передало власть контрреволюционной буржуазии, которая стремилась потопить революцию в крови рабочего класса; мирное развитие революции закончилось, наступил новый ее период, когда лозунг вооруженного

¹ И. В. Сталин, Собр. соч., т. 3, стр. 186.

² Там же, стр. 187.

восстания против империалистической буржуазии со всей остротой был поставлен как очередной лозунг партии.

Мятеж генерала Корнилова, собиравшегося восстановить царизм в России, был свидетельством того, что контрреволюция готовит полную ликвидацию Советов, разгром большевистской партии и передового отряда революции — рабочих Петрограда. Большевики подняли народные массы на борьбу с генеральской авантюрой. Они призвали рабочий класс на разгром корниловского мятежа. Успешная ликвидация контрреволюционного выступления Корнилова открыла новый период в истории революции: начался период организации штурма.

Ленин и Сталин гениально предопределили исторический путь развития революционных событий. В зависимости от обстановки, они выдвигали новые лозунги, мобилизовали массы на решение основных задач социалистической революции.

«Ленин и Сталин смело и уверенно, твердо и осмотрительно вели партию и рабочий класс на социалистическую революцию, на вооруженное восстание. Ленин и Сталин — вдохновители и организаторы победы Великой Октябрьской социалистической революции»¹.

Восставшие рабочие и солдаты в открытом бою разгромили контрреволюционную буржуазию, навсегда освободили страну от капиталистического порабощения. «Отныне, — заявил Ленин на заседании Петроградского совета 7 ноября (25 октября) 1917 г., — наступает новая полоса в истории России, и данная третья русская революция должна в своем конечном итоге привести к победе социализма»². Открывшийся вечером 25 октября II Всероссийский съезд Советов рабочих и солдатских депутатов провозгласил Советскую власть, диктатуру пролетариата, заложил основы нового, социалистического строя.

* * *

Великая Октябрьская социалистическая революция разделила мир на две совершенно противоположные системы: социалистическую и капиталистическую.

«Поворот в октябре 1917 г. (поворот не только в русской, но и в мировой истории), установление диктатуры пролетариата в России (октябрь—ноябрь—декабрь 1917 г. и первая половина 1918 г.), как прорыв международного социального фронта против мирового империализма, устанавливающий поворот в сторону ликвидации капитализма и установления социалистических порядков в мировом масштабе»...³.

Разбитые в революционной схватке, капиталисты и помещики, сбросили маски, стали на путь открытого сговора с международным капиталом и организовали иностранную военную интервенцию против страны Советов. Национальная буржуазия и иностранные капиталисты старались разгромить рабочих и крестьян, свергнуть Советскую власть и снова закабалить нашу страну: советскому народу была навязана ожесточенная гражданская война и интервенция. Партия большевиков подняла рабочих и крестьян на отечественную войну против иностранных захватчиков и внутренней контрреволюции. Партия большевиков была создателем Красной Армии и цементирующей силой ее боевых

¹ Иосиф Виссарионович Сталин, Краткая биография, изд. 2-е, исправленное и дополненное, стр. 65.

² В. И. Ленин, Собр. соч., т. XXII, стр. 4.

³ И. В. Сталин, Собр. соч., т. 5, стр. 68—69.

рядов. «Непосредственным вдохновителем и организатором важнейших побед Красной Армии был Сталин. Всюду, где на фронтах решались судьбы революции, партия посылала Сталина. Он был творцом важнейших стратегических планов... С именем Сталина связаны самые славные победы нашей Красной Армии»¹. Под руководством Ленина и Сталина Красная Армия разгромила объединенные силы иностранных интервентов и внутренней контрреволюции.

Победоносное завершение гражданской войны обеспечило нашему народу переход к мирному строительству. Но хозяйство страны в результате империалистической и гражданской войны было сильно разрушено. Тяжелым хозяйственным положением молодого Советского государства пытался в своих целях воспользоваться классовый враг. Нужно было выработать новую экономическую политику. Военный коммунизм был попыткой взять крепость капиталистических элементов в городе и деревне штурмом, лобовой атакой. В этом наступлении партия забежала далеко вперед. Ленин предложил отойти на время немного назад, перейти от штурма к более длительной осаде крепости, чтобы, накопив силы, вновь начать наступление.

X съезд партии принял решение о переходе к новой экономической политике, намеченной Лениным. Это обеспечило прочный союз рабочего класса и крестьянства и ускорило восстановление народного хозяйства. Уже через год после введения НЭП'а на XI съезде партии, Ленин заявил, что отступление кончено и выдвинул лозунг: «Подготовка наступления на частнохозяйственный капитал»². Партия под руководством Ленина и Сталина успешно преодолела сопротивление в собственных рядах, решительно разгромив антипартийные группировки, выступавшие против новой экономической политики советского государства.

Восстановление довоенного уровня промышленности страны не могло удовлетворить требованиям построения социализма в нашей стране. Перед партией со всей остротой встал вопрос о перспективах нашего строительства, о судьбах социализма в Советском Союзе. Вопрос этот был тем более важен, что партия понесла величайшую утрату — 21 января 1924 г. умер великий вождь и основатель партии, В. И. Ленин. Но знамя партии высоко поднял и понес дальше вперед Сталин, он дал от имени партии великую клятву. Это была клятва большевистской партии своему учителю и вождю, бессмертному Ленину. Эту клятву партия, под руководством Сталина, выполняла и выполняет с честью.

Сохраняя и развивая ленинское учение о победе социализма в нашей стране, Сталин гениально преопределил дальнейшее развитие социализма в СССР. Он указал путь индустриализации страны и завоевания полной ее экономической независимости от иностранного капитала.

Сталинская политика социалистической индустриализации страны явилась ярким выражением генеральной линии партии. Сталин был инициатором создания новых отраслей промышленности, развития и реконструкции ранее отсталых отраслей.

Грандиозная картина строящегося в СССР величественного здания социализма имела неотразимое влияние на рабочих капиталистических стран; рабочие этих стран оказывали СССР мощную моральную поддержку.

Гений Сталина наметил и вторую грандиозную задачу — задачу коллективизации сельского хозяйства, осуществление которой имеет решающее значение для судеб нашей Родины. Под руководством Сталина партия подготовила и успешно осуществила исторический поворот от политики ограничения и вытеснения кулацких элементов к политике

¹ Иосиф Виссарионович Сталин, Краткая биография, издание 2-е, исправленное и дополненное, стр. 82—83.

² В. И. Ленин, Собр. соч., т. XXVII, стр. 213.

ликвидации кулачества как класса на основе сплошной коллективизации.

В успешном решении грандиозных задач индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства партия большевиков одержала новую блистательную победу — в стране сложились все необходимые условия для построения социализма.

Грандиозны и величественны задачи, которые были поставлены Сталиным в области дальнейшего развития социалистического строительства. Эти задачи нашли свое воплощение в сталинских пятилетках. Гениальная сталинская политика объединила многонациональный советский народ под знаменем большевистской партии на успешное решение задач строительства социализма. Успехи пятилеток знаменовали торжество генеральной линии партии, победу социализма в СССР. Выполнением сталинских пятилеток окончательно решался вопрос «кто-кого» в пользу социализма, обеспечивалась окончательно экономическая независимость СССР.

Решая вопросы дальнейшего развития нашей страны, партия большевиков заботилась о подготовке и воспитании советской интеллигенции. Исходя из ленинских указаний о том, что социалистическая революция является основным условием для мощного подъема культуры народных масс, товарищ Сталин расценивал вопрос о культурных силах рабочего класса как один из решающих вопросов социалистического строительства.

Новая техника потребовала людей, которые могли бы эту технику использовать до дна. Партия и лично товарищ Сталин уделили исключительное внимание выращиванию советских кадров специалистов, глубоко овладевших техникой и вооруженных марксистско-ленинским мировоззрением. В рабочем классе возникло и развивалось новое качество — социалистическое отношение к труду. На этой основе родилось социалистическое соревнование, высшим этапом которого является стахановское движение. Стахановское движение содержало в себе зерно будущего культурно-технического подъема рабочего класса, оно открывало путь для перехода от социализма к коммунизму и уничтожения противоположности между умственным и физическим трудом.

«Наша революция является единственной, которая не только разбила оковы капитализма и дала народу свободу, но успела еще дать народу материальные условия для зажиточной жизни. В этом сила и непобедимость нашей революции»¹.

Успехи сталинских пятилеток, социалистическая реконструкция всего народного хозяйства в корне изменили соотношение классов в стране. СССР вступил в новую полосу развития, в полосу завершения строительства социалистического общества и постепенного перехода к коммунистическому обществу. Этот всемирно-исторический факт закрепила и новая конституция, творцом которой является Сталин. Сталинская Конституция — это документ победившего социализма и развернутой социалистической демократии.

Успешное выполнение советским народом сталинских пятилеток дало возможность большевистской партии поставить новые грандиозные задачи, ведущие к конечной цели — к построению коммунистического общества. Доклад товарища Сталина на XVIII съезде ВКП(б) явился боевой программой завершения построения социалистического общества и постепенного перехода от социализма к коммунизму.

Решения XVIII съезда партии — это дальнейшее развитие ленинского учения о социалистической революции и о построении коммунизма.

Товарищ Сталин не только отстаивал ленинское учение о социализме,

¹ И. В. Сталин, Вопросы ленинизма, изд. XI, стр. 499.

от всех и всяческих попыток ревизии его, он развил и поднял это учение на новую ступень.

На XVIII съезде ВКП(б) товарищ Сталин дал научное обоснование вопроса о государстве при коммунизме, показал фазы развития социалистического государства и его функции, дал глубочайший анализ международной обстановки и указал на возросшую опасность новой войны. Особое внимание он уделил вопросам дальнейшего разгигия социалистической экономики нашей страны и идейного воспитания кадров советской интеллигенции.

* *
*

Великая отечественная война против немецко-фашистских захватчиков как никогда остро вновь поставила перед партией большевиков задачу отстоять национальную и экономическую независимость нашей страны, сохранить Советское государство.

Перед лицом грозной опасности наш народ не пал духом. Под руководством большевистской партии, во главе с товарищем Сталиным весь советский народ поднялся на защиту Родины, перестроил всю жизнь страны на военный лад, все подчинил лозунгу «Все для фронта, все для войны!».

Руководимая гениальным полководцем товарищем Сталиным Советская Армия разгромила армию фашистской Германии и ее союзников.

Всемирно-историческая победа Советского Союза в Великой отечественной войне есть прежде всего победа советского социалистического строя.

Всемирно-историческая победа СССР есть победа народов нашей страны, единодушно вставших на защиту социалистической Родины и проявивших величайший героизм как на фронте, так и в тылу. Источником этого героизма является животворный советский патриотизм, выросший на почве советского строя.

Всемирно-историческая победа Советского Союза в Великой отечественной войне есть победа ленинско-сталинской политики большевистской партии, ее руководства, ее организаторской деятельности. Партия большевиков под руководством товарища Сталина в годы мирного строительства неустанно укрепляла экономическую и военную мощь нашего государства, подготовила нашу страну к активной обороне, воспитала советский народ в духе патриотизма, в духе готовности грудью отстоять социалистическую Родину.

«Посмотрите на окружающие страны, — говорил товарищ Сталин. — много ли вы найдете правящих партий, имеющих правильную линию и проводящих ее в жизнь? Собственно, таких партий нет теперь в мире, ибо все они живут без перспектив, путаются в хаосе кризиса и не видят путей для того, чтобы выбраться из трясины. Только наша партия знает, куда вести дело, и ведет его вперед с успехом. Чему обязана наша партия этим своим преимуществом? Тому, что она является партией марксистской, партией ленинской. Она обязана тому, что руководствуется в своей работе учением Маркса, Энгельса, Ленина. Не может быть сомнения, что пока мы остаемся верными этому учению, пока мы владеем этим компасом, — будем иметь успехи в своей работе»¹.

Всемирно-историческая победа Советского Союза в Великой отечественной войне есть также блестящая победа марксизма, советской идеологии, советской национальной политики, которая обеспечила идейно-политическое единство народа.

¹ И. Сталин, Вопросы ленинизма, изд. XI, стр. 484.

Всемирно-историческая победа Советского Союза в Великой отечественной войне есть победа гениальной сталинской стратегии над стратегией фашистской Германии.

Всемирно-историческая победа в Великой отечественной войне означает победу славянских народов в их вековой борьбе против немецкой тирании. Укрепление боевого союза славянских народов является важной гарантией против новой агрессии мирового империализма.

* *
*

Победоносно завершив Великую отечественную войну, Советский Союз снова вступил в период мирного социалистического строительства. Важнейшими задачами этого периода является быстрейшее залечивание ран, нанесенных войной, восстановление довоенного уровня промышленности и сельского хозяйства с тем, чтобы в дальнейшем превзойти этот уровень в значительных размерах, еще более укрепить военную и экономическую мощь Советской державы.

Советский народ с огромным энтузиазмом выполняет эти задачи, прилагает все усилия к тому, чтобы ускорить движение нашей страны по пути экономического и культурного расцвета, по пути к коммунизму.

Новая сталинская пятилетка создает надежные предпосылки для этого. Так, например, в 1950 г. должно быть выпущено 2 200 магистральных паровозов, но к концу этого же года производственная мощь паровозостроительных заводов будет доведена до 4 000 локомотивов в год. Автомобилей предусматривается выпустить в 1950 г. 500 тысяч, а производственная мощь автомобильных заводов к концу 1950 г. составит 750 тысяч машин.

Большие задачи поставлены и перед легкой промышленностью нашей страны. В 1950 г. предприятия легкой промышленности выпустят около 5 миллиардов метров шерстяных, шелковых и хлопчатобумажных тканей. Будет произведено 240 миллионов пар кожаной обуви.

Готовясь к тридцатой годовщине Октябрьской социалистической революции, трудящиеся нашей Родины развернули небывалое по размаху и охвату масс социалистическое соревнование за досрочное выполнение новой сталинской пятилетки.

Советская социалистическая интеллигенция, осуществляя поставленную товарищем Сталиным задачу, в ближайшие годы не только догнать, но и превзойти достижения зарубежных капиталистических стран, быстро двигает дальше вперед развитие советской науки, умножает достижения техники, медицины, искусства, богатства духовной культуры.

Советский народ успешно решает новые задачи, стоящие перед ним. Социалистическое отношение к труду является базой этих успехов. В сельском хозяйстве текущий год проходит под знаком выполнения решений февральского пленума ЦК ВКП(б). Колхозный строй вновь продемонстрировал свои преимущества, свою силу и организованность. Колхозники всей страны докладывают товарищу Сталину о своих достижениях. Они добились хороших результатов — многие республики, края, области, районы уже выполнили взятые обязательства по повышению урожайности и продуктивности сельского хозяйства. Социалистическое соревнование и в деревне поднялось на новую ступень. Миллионные массы колхозников, так же как и трудящиеся промышленности, демонстрируют образцы нового, социалистического отношения к труду, создают изобилие в стране сельскохозяйственных продуктов. Успехи колхозного строя в послевоенный период являются новым ярким свидетельством правильности генеральной линии партии в области перестройки сельского хозяйства.

*
*
*

Тридцатилетие Великой Октябрьской социалистической революции советский народ празднует в чрезвычайно сложной международной обстановке. «В итоге второй мировой войны укрепились позиции социализма. Вопрос о социализме поставлен в порядок дня во многих странах Европы. Это не нравится империалистам всех мастей, они боятся социализма, боятся нашей социалистической страны, которая является образцом для всего передового человечества»¹. Мир разделился на два лагеря. Лагерю реакции, империалистических хищников — поджигателей новой войны противостоит лагерь демократии и прогресса. Советский Союз возглавляет борьбу за демократический справедливый мир, за мирное сотрудничество народов, за укрепление международной безопасности.

Проводимая Советским Союзом последовательная политика мира, международного сотрудничества, решительный отпор поджигателям войны, твердая защита подлинной демократии, прогресса, культуры, национальной независимости и суверенности больших и малых стран еще более укрепляют международный авторитет и значение нашей великой Родины.

Капитализм не смог решить ни одной задачи, ставшей перед ним сразу после окончания войны. Капиталистический мир катится в пропасть новых экономических потрясений. Разгорается гражданская война в Греции и Китае, льется кровь колониальных народов, сражающихся за свою независимость.

Народы нашей страны успешно преодолевают послевоенные трудности — растет уровень производства и потребления, растут богатства нашей страны, быстро двигается вперед техника, наука, культура и искусство. Страна полным ходом идет к коммунизму.

Отмечая тридцатилетие Великой Октябрьской социалистической революции, мы смело смотрим в будущее. Оно сулит нам новый, еще невиданный подъем нашей экономики, новый расцвет науки, культуры и искусства, национальных по форме, социалистических по содержанию. И нет в мире такой силы, которая могла бы свернуть нас с этого пути, потому что нас ведет закаленная в боях, тесными узами связанная с массами народа Всесоюзная коммунистическая партия — партия Ленина—Сталина.



¹ А. Жданов, Доклад о журналах «Звезда» и «Ленинград».

К ТРИДЦАТИЛЕТИЮ СОВЕТСКОЙ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

«Ведь самое ценное, что у нас есть, основное богатство нашей страны — это наши, советские люди. Поэтому сохранение здоровья людей, их работоспособности есть один из самых благородных видов деятельности».

М. И. Калинин

Мировая история не знает другого такого периода, когда за тридцатилетний срок произошло бы столько событий исторического значения, как за время с момента Великой Октябрьской социалистической революции до наших дней. За эти тридцать лет наша Родина из отсталого в политическом, культурном и экономическом отношении буржуазно-помещичьего государства превратилась в передовую социалистическую державу мира. Страна мельчайшего крестьянского хозяйства и слабой промышленности, в значительной мере принадлежавшей иностранному капиталу, стала страной мощной социалистической индустрии и социалистического земледелия, оснащенного самой совершенной в мире техникой.

За прошедшие 30 лет вместе со страной росли и крепились Вооруженные Силы Советского государства, показавшие себя в недавно закончившейся Великой отечественной войне с германским фашизмом и в войне с японским империализмом самой передовой армией в мире по техническому оснащению, стратегическому искусству, боевой выучке, а тем более по морально-политическому единству, мужеству и доблести ее личного состава. В нашей победе над самой могущественной военной машиной капитализма — германской фашистской армией, весь мир увидел непобедимую силу Советского государства и его Вооруженных Сил.

Советская военная медицина росла и развивалась вместе со всей страной и ее армией и начала создаваться с первых дней Октябрьской революции. Один из первых и крупнейших организаторов советской медицины З. П. Соловьев писал, что «подобно тому, как Красная Армия создавалась, что называется, на «чистом месте» после того, как революцией были сметены остатки прежней царской армии, так и военно-санитарная служба складывалась полностью «вновь». Конечно, это не значит, что до революции в России не было военной медицины.

Русская военная медицина имеет длительную и славную историю. В области военной медицины работали многие блестящие представители русской медицинской науки: Мудров, Чаруковский, Пирогов, Боткин, Склифосовский, Вельяминов и др. Русская военная медицина несомненно, имела важнейшее значение в истории развития военной медицины в Европе.

Учение о военной гигиене — науке сохранять здоровье военнослужащих — М. Я. Мудрова, учение о медицинской сортировке, разработанное и внедренное в практику Н. И. Пироговым, идеи военно-полевой терапии, этапного лечения и ряд других передовых идей являются заслугой замечательных ученых и организаторов русской военной медицины в прошлом. Однако полученное советской военной медициной наследство оказалось исключительно бедным. Это объясняется тем, что в условиях царизма, когда военные медики были в армии на положении «инородного тела», эти идеи лишь в очень редких случаях проводились в жизнь, большинство же их не было реализовано. Об условиях, в каких работали при царизме военные врачи, ярко свидетельствуют слова академика Вельяминова на XIV съезде хирургов: «К со-

жалению, — говорил он, — мы видим, что в настоящей войне у нас почти во всех ведомствах и организациях врачи оттесняются от административной и организационной деятельности и нам, врачам, меньше приходится бороться со смертью, чем с теми препонами, какие нам ставят администраторы — не врачи — в нашем специальном деле».

Врачам Красной Армии пришлось начать создание советской медицины на «чистом месте»: надо было сломать старую, негодную организацию военно-медицинской службы и на ее месте построить новую.

История советской военной медицины ведет начало с первого дня советской власти — с 7 ноября 1917 г., когда Военно-революционный комитет Петроградского совета создал у себя медико-санитарный отдел. Этот отдел осуществлял организацию и руководство медицинской помощью Красной гвардии в дни Октябрьского восстания. 4 декабря 1917 г. декретом правительства за подписью В. И. Ленина во главе Военно-санитарного управления была поставлена Врачебная коллегия в составе врачей: А. Н. Винокурова, И. Г. Вегера, М. В. Головинского и М. И. Барсукова. 4 декабря 1917 г. и является датой начала организационного оформления советской военной медицины.

Задача создания советского управления военно-медицинской службой оказалась исключительно сложной. Чиновники старого Главного военно-санитарного управления и его учреждений на периферии упорно саботировали распоряжения нового советского руководства. Между тем начавшееся наступление немцев, а затем гражданская война требовали быстрой организации медицинского обеспечения войск. Декрет правительства от 28 января 1918 г. о создании Красной Армии сыграл решающую роль и в организации военно-медицинской службы. Одним из первых и важнейших мероприятий нового Главного военно-санитарного управления было объединение эвакуационного дела в руках военно-медицинского ведомства. До этого времени этим делом занималась не военно-медицинская служба, а генеральный штаб, комиссариат по демобилизации и Общество Красного креста. В мае 1918 г. в Главном военно-санитарном управлении был создан эвакуационный отдел, а в сентябре того же года Наркомздрав и Наркомвоенмор издали «Временную инструкцию учреждениям, ведающим эвакуацией», которая покончила с хаосом, существовавшим в этом деле. Эвакуация была полностью передана в ведение ГВСУ. То, чего в течение многих лет безуспешно добивались передовые люди русской военной медицины (Оппель, Вельяминов, Бурденко) было осуществлено только при советской власти. Укрепление аппарата ГВСУ и его периферийных органов обеспечило решение труднейших задач, возникших в условиях гражданской войны. Были подобраны преданные советской власти кадры, проведена чистка аппарата от враждебных элементов, налажено снабжение медицинским имуществом, создан значительный госпитальный и эвакуационный аппарат. Военно-санитарная служба справилась с врагом, который временами казался более опасным, чем белогвардейцы и интервенты, — с эпидемиями сыпного и возвратного тифа и холеры. З. П. Соловьев, говоря об этом периоде деятельности военно-санитарной службы Красной Армии, писал: «порой казалось и мы „на волосок“ от санитарной катастрофы». Однако этого не произошло благодаря повседневной помощи партии и правительства советскому здравоохранению и героической работе советских медиков.

«В условиях обнищавшей изголодавшейся страны, но управляемой организованным пролетариатом, — писал З. П. Соловьев, — в течение нескольких месяцев 1920 г. количество обслуживающих Красную Армию госпитальных коек было доведено с 158 000 до 400 000 с лишним». Развитие коечного фонда характеризуется следующими цифрами к марту 1918 г. было 20 000 коек, к началу 1919 г. — 78 133, к июню 1919 г. — 118 600, к январю 1920 г. — 227 320, к июлю 1920 г. — 397 496.

Решена была и другая, в условиях разрухи того периода труднейшая, задача: заново создано банно-прачечное дело. «Зима 1919—1920 гг. знаменательна еще тем, — писал З. П. Соловьев, — что она поставила перед военно-санитарной службой во весь рост вопрос о развитии профилактических мер как основы санитарного благополучия Красной Армии. Борьба с вошью была пробным камнем в этом отношении. Вымыть Красную Армию стало лозунгом момента. И подобно росту госпитального аппарата так же быстро создали мощный банно-прачечный аппарат, могущий пропустить все 100% состава Красной Армии». В качестве важнейших профилактических мер налаживается массовая вакцинация красноармейцев, широко проводится санпросветработа.

В трудных условиях гражданской войны большевистская партия, советское правительство и лично вожди советского народа Ленин и Сталин оказывали военно-санитарной службе огромную помощь. Ленин повседневно интересовался состоянием здравоохранения Красной Армии и повседневно руководил этим делом. Сталин, непосредственно руководивший боевой деятельностью войск на многочисленных фронтах гражданской войны, уделял большое внимание медицинской службе. 9 января 1920 г. приказом № 15 Сталин требует от органов снабжения удовлетворять заявки военно-медицинской службы «по возможности без сокращения и без промедления с соблюдением установленных сроков для исполнения нарядов».

Велика заслуга советских военных врачей, фельдшеров, медицинских сестер и санитарок в дни гражданской войны и борьбы с массовыми эпидемиями. Многие медицинские работники, спасая больных красноармейцев, сами стали жертвой эпидемических заболеваний. З. П. Соловьев писал: «Нисколько не преувеличивая, можно сказать, что противоэпидемическая борьба в период гражданской войны была штурмом, упорным и кровопролитным штурмом, на который военный врач шел сознательно, помня о своем и врачебном и революционном долге».

С переходом Красной Армии на мирное положение перед военно-медицинской службой стал ряд новых задач. Забота о здоровье красноармейца, которая пронизывала всю деятельность военно-медицинской службы в период гражданской войны, в условиях мирного строительства стала ведущим стимулом. Тесное сочетание задач профилактики с лечебным делом или, как в тот период говорили, «профилактические задачи лечебной помощи» делаются основой военно-медицинского обеспечения Красной Армии. Это понималось в том смысле, что полковая санитарная служба, гарнизонная амбулатория, военный госпиталь должны были, наряду с лечебной работой, изучать быт и боевую подготовку красноармейца и причины, способствующие возникновению заболеваний, принимать санитарно-профилактические меры, вытекающие из результатов изучения, проводить массовую санитарно-просветительную работу. З. П. Соловьев так формулировал эти задачи: «Нам необходимо поставить всю военно-санитарную работу в направлении организации предупреждения заболеваний и обслуживания красноармейца, в направлении создания из него мощного, гармонически развитого человека. Мы вступили на этот путь. Мы можем сделать первые шаги из царства необходимости в царство свободы. Мы можем думать о здоровом духе и здоровом теле уже не в прочувствованных речах и лицемерных лозунгах, но действительно, в смысле применения тех или иных методов создания здорового духа в здоровом теле». В этот период получают широкое развитие физическая подготовка бойцов, физиологическое исследование труда бойцов в различных периодах боевой подготовки, улучшается казарменный быт, ставится на научные основы организация питания.

Наряду с профилактическими мероприятиями, уделяется большое

внимание улучшению лечебной помощи — амбулаторной и стационарной, создаются отлично оснащенные госпитали с высококвалифицированным врачебным составом, быстро растет охват курортно-санаторной помощью.

Еще во время гражданской войны, в период передышки после разгрома Деникина, начали создаваться «трудовые санатории». После гражданской войны была заново создана курортно-санаторная сеть и уже в 1924—1925 гг. санаторно-курортную помощь получило 7 825 военнослужащих. В дальнейшем из года в год росло число санаториев и домов отдыха и число пользовавшихся ими. Улучшение материально-бытовых условий в стране и в армии и санитарно-профилактические мероприятия, широко проводимые военно-медицинской службой, дали свои результаты. Улучшилось физическое развитие красноармейцев, снизилась заболеваемость и смертность. В качестве иллюстрации приводим данные о физическом развитии участников всероссийских спортивных соревнований на первенство РККА в 1923, 1925, 1927 гг. (табл. 1).

Таблица 1

Средние данные о физическом развитии участников спортивных соревнований

Год	Вес (в кг)	Окружность груди (в см)	Спирометрия
1923	65,3	89,9	4 070
1925	66,4	89,7	4 370
1927	67,2	91,7	4 500

Заболеваемость в дореволюционной армии брюшным тифом в 1913 г. составляла 4,9‰, в Красной Армии в 1926—1927 гг. снизилась до 0,5‰. Заболеваемость малярией, которая в первые годы советской власти имела в армии очень большое распространение, с каждым годом снижалась: в 1923 г. заболело малярией 142 человека на 1 000, в 1925—1926 гг. — 54,4, в 1926—1927 гг. — 38 человек.

В старой русской армии такие заболевания, как цынга, чесотка, никогда не прекращались: в 1912 г. в Николаевске-на-Амуре в гарнизоне заболело цынгой 24,4‰ личного состава, в Ямбургском (недалеко от Петрограда) — 7,8‰; в Красной Армии эти заболевания были почти полностью ликвидированы.

Но особенно показательны данные о смертности в дореволюционной царской армии и в Красной Армии (табл. 2).

Таблица 2

Смертность среди военнослужащих

Год	Смертность на 1 000 человек личного состава	Смертность на 100 заболевших
1913	3,02	0,78
1924—1925	2,59	0,48
1925—1926	2,13	0,41
1926—1927	1,21	0,26

Дальнейшие успехи страны в индустриализации и коллективизации сельского хозяйства, в осуществлении сталинских пятилеток сильно способствовали улучшению физического состояния и санитарного благополучия бойцов. Страна стала давать армии физически лучше развитые контингенты, которые в армии в процессе боевой и физической подготовки закалялись еще более. В массовую спортивную работу в армии были вовлечены сотни тысяч красноармейцев: в 1932 г. на значок «Готов к труду и обороне» сдали испытания 200 000 человек.

Только после Великой Октябрьской социалистической революции впервые был серьезно поставлен вопрос о подготовке специалистов военных врачей. До Октябрьской революции высшему военно-медицинскому образованию в России не уделялось должного внимания. «Военно-

медицинская академия, — писал З. П. Соловьев, — была таковой по своему названию и обмундированию студентов». Уже в первые годы советской власти Военно-медицинская академия подверглась значительной реформе; в ее учебные планы была включена подготовка по специальным дисциплинам, необходимым военному врачу, — санитарной тактике, военно-полевой хирургии, военной гигиене. Параллельно с развертыванием боевой подготовки армии, все большее внимание уделялось подготовке медицинского состава войсковых частей и учреждений.

Еще во время гражданской войны делались первые шаги к созданию уставных положений по организации лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск. Так, в ноябре 1918 г. было объявлено приказом командующего Восточным фронтом «Временное положение об эвакуации больных и раненых красноармейцев». В условиях массового развития эпидемических заболеваний в декабре 1919 г. был издан приказ РВС республики и Наркомздрава РСФСР о такой системе эвакуации, при которой достигалось бы «возможно совершенное задержание тех больных и раненых, которые по роду болезни или характеру ранений могут получить надлежащее врачебное пособие в данной зоне». Требования этого приказа были направлены против царившего в дореволюционной армии принципа эвакуации «во чтобы то ни стало». Эвакуация должна осуществляться лишь при соответствующих показаниях, принимаются меры к организации лечения больных и раненых на месте. Для этой цели создаются группы лечебных учреждений в виде так называемых «санитарных кулаков» (по современной терминологии — госпитальных коллекторов) и т. п.

Однако стройной, разработанной системы лечебно-эвакуационного обеспечения ни в период гражданской войны, ни в течение первых лет после нее не было. Об этом ясно свидетельствовала неудовлетворительная организация лечебно-эвакуационного обеспечения войск на Бобруйских маневрах 1929 г. Маневры показали слабую полевую подготовку медицинских кадров. Этот год явился переломным моментом в разработке новых положений по медицинскому обеспечению войск и в деле организации боевой подготовки медицинского состава. В этой области большая заслуга принадлежит Б. К. Леонардову. В 1929 г. вышло разработанное при его участии «Руководство по санитарной эвакуации в РККА» (приказ РВС СССР и НКЗдрава РСФСР № 161), которым впервые кодифицируется принцип этапного лечения. В п. 9 «Руководства» мы читаем: «Система этапного лечения соединяет в себе все мероприятия по обеспечению наиболее благоприятных условий для выздоровления пострадавших в бою и больных как путем оказания им своевременной и рациональной медицинской помощи и размещения их по лечебным заведениям, так и путем удаления из района боевых действий. Эти два процесса, организационно связанные в одно целое, не могут быть отделены один от другого, не могут без вреда для всего лечебно-санитарного дела рассматриваться изолированно один от другого».

В дальнейшем громадные успехи индустриализации страны, широкое внедрение в армию технических средств, изменение тактики потребовали внесения серьезных коррективов в систему лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

Изданный в 1934 г. Устав санитарной службы регламентировал принцип этапного лечения с эвакуацией по назначению. Однако организация полевой медицинской службы того периода не соответствовала этому принципу, как мы понимаем его сейчас, ибо не была предусмотрена необходимая специализация лечебных учреждений. Вот почему, когда Красная Армия столкнулась с японцами в районе озера Хасан, а затем в районе реки Халхин-Гол, оказалось, что первоначально этапного лечения с эвакуацией по назначению на практике осуще-

ствить не удалось. «Военные действия в районе реки Халхин-Гол, — писал по этому поводу начальник Военно-санитарного управления Красной Армии Е. Н. Смирнов, — подтвердили, что санитарное обеспечение боевых действий фактически, а не на бумаге покоилось на системе развоза раненых и больных. Пришлось на ходу с большим трудом переходить на систему этапного лечения с эвакуацией по назначению». Медицинское обеспечение Красной Армии в войне с белофиннами уже было значительно лучше — в этой войне были сделаны попытки выделения специальных лечебных учреждений для легко раненых, организации специализированной помощи раненым в череп, в челюсти, в глаза. Однако и в период советско-финляндской войны 1939—1940 гг. эвакуация по назначению постоянно нарушалась. Так, в ППГ № 595, предназначенном для легко раненых, последние составили лишь 65,9%, а остальные 34,1% были тяжело раненые. Такое положение наблюдалось и в других лечебных учреждениях.

Е. И. Смирнов 12 сентября 1940 г. на 1-м пленуме Ученого медицинского совета при начальнике Военно-санитарного управления Красной Армии, подводя итоги работы военно-санитарной службы Красной Армии за последние два года, дал основные установки для перестройки ее.

Опыт последних боевых действий Красной Армии показал отсутствие у наших хирургов правильного и единого понимания классификации ранений и термина «первичная обработка раны».

Наши хирурги были воспитаны на учении о том, что первичный шов, наложенный на рану сразу же после ее иссечения, дает отличные результаты, между тем как наложение первичного шва в войсковом районе недопустимо.

У большинства хирургов отсутствовало понимание необходимости временной госпитализации раненого на том этапе, где было совершено оперативное вмешательство, если дальнейшая эвакуация жизненно противопоказана. У хирургов было неверное понятие о термине «легко раненый». Такого раненого отдавали в руки врачей-нехирургов. В действительности же легко раненый, особенно раненый в кисть, также нуждается в своевременной помощи квалифицированного хирурга. У наших хирургов не было четкого представления о том, что одной из главных задач военно-полевой хирургии является хирургическое предупреждение развития инфекций в огнестрельных ранах; это же предупреждение только тогда будет эффективным, когда оно производится своевременно. Далеко не все хирурги усвоили необходимость и значение иммобилизации конечностей при обширных повреждениях мягких тканей после хирургической обработки ран как первостепенного условия ограничения возможности распространения инфекции.

В будущей большой войне мы уже не будем располагать таким количеством высококвалифицированных хирургических сил, которые были в полевых и тыловых санитарных учреждениях в период событий на реке Халхин-Гол и во время войны с белофиннами. В большой войне при недостатке в хирургических кадрах и при неправильном понимании задач военно-полевой хирургии рассчитывать на полный успех лечения нельзя. В будущей войне решать судьбу военно-полевой хирургии будут не единицы, а десятки тысяч хирургов и врачей других специальностей, и поэтому все они должны правильно понимать основы современной доктрины военно-полевой хирургии.

Опыт войны с белофиннами был тщательно изучен и положен в основу дальнейшего строительства военно-медицинской организации. К этой работе были привлечены лучшие представители советской военной медицины. В результате их работы вышли в свет «Наставление по санитарной службе», «Указания по военно-полевой хирургии» и ряд других важнейших положений и инструкций.

На основе единых установок, данных начальником Военно-санитарного управления Красной Армии Е. И. Смирновым и изучения опыта войны с белофиннами, были внесены существенные изменения в организационную структуру санитарной службы и разработаны основные принципы хирургической деятельности в боевых условиях, получившие наименование единой военно-полевой хирургической доктрины. Эти принципы являлись отражением последних достижений науки в деле лечения ран в полевых условиях. Военно-полевая хирургическая доктрина исходила из того, что все раны являются первично инфицированными, что большинство раненых нуждается в первичной хирургической обработке ран в ближайшие часы после ранения. Требования скорейшего выноса раненых с поля боя, приближения квалифицированной и специализированной медицинской помощи и своевременное ее оказание являлись организационными выводами, вытекающими из этого положения и поставленными в качестве важнейших задач перед медицинской службой. Первичная квалифицированная хирургическая помощь должна производиться в дивизионном медицинском пункте, который таким образом становится главной операционной войсковой района, а специализированная помощь должна оказываться, начиная с армейских полевых подвижных госпиталей.

Одновременно с разработкой важнейших положений по организации хирургической деятельности в боевых условиях аналогичная работа проводилась в области организации противоэпидемической защиты войск, закладывался фундамент военно-полевой терапии, развертывалась огромная работа по подготовке врачей различных специальностей, умеющих работать в походной и боевой обстановке. Целесообразная и научно обоснованная система лечебно-эвакуационного и противоэпидемического обеспечения войск в значительной степени предрешили успешную работу медицинской службы Красной Армии в годы Великой отечественной войны.

22 июня 1941 г. гитлеровская Германия вероломно напала на нашу родину. По призыву партии и правительства, любимого вождя трудящихся великого Сталина весь советский народ встал на защиту социалистической родины. В упорных оборонительных боях Красная Армия отбивала атаки вражеских полчищ, перемалывая технику и живую силу противника. Советский тыл героически обеспечивал свою армию всем необходимым для осуществления победы.

Чтобы решить государственной важности задачи медицинского обеспечения войск, военно-медицинской службе нужно было в исключительно сложных условиях организовать скорейший вынос раненых с поля боя, оказание им своевременной медицинской помощи, обеспечить тщательную медицинскую сортировку раненых и больных и их этапное лечение с эвакуацией по назначению. Характер огнестрельных повреждений в современной войне требовал создания в армейском и фронтовом тылу высококвалифицированной специализированной медицинской помощи раненым. Надо было правильно маневрировать медицинскими средствами, подобрать и рационально расставить медицинские кадры, организовав их подготовку. Надо было также унифицировать методику хирургического и медикаментозного лечения.

Неизбежным спутником всех прошлых войн являлись серьезные вспышки инфекционных заболеваний, особенно тифов, дизентерии, малярии. Перед военно-санитарной службой встала задача обеспечить санитарно-эпидемическое благополучие войск нашей армии и предотвратить развитие в ней массовых инфекционных заболеваний.

В нашем социалистическом государстве, где человек является самым ценным капиталом, где сталинская забота о человеке — непреложный закон всей жизни страны, где забота о народном здравоохранении стоит на первом месте, медицинская служба окружена особым внима-

нием партии и правительства. Благодаря этому постоянному вниманию всенно-медицинская служба располагала всеми необходимыми средствами для лечебно-эвакуационного и противоэпидемического обеспечения боевых действий войск. Медицинская служба располагала достаточно емкими госпитальными базами как в действующей армии, так и в тылу, необходимым парком различных санитарно-транспортных средств, что позволяло своевременно эвакуировать раненых с поля боя в полевые госпитали и далее в тыл, полевой подвижной техникой противоэпидемического и гигиенического назначения, нужными медикаментами, инструментарием, бельем и другим имуществом.

Военно-санитарная служба перед началом Великой отечественной войны имела тщательно продуманную штатно-организационную структуру, правильно расставленные медицинские кадры с учетом их специальности. В основу системы лечебно-эвакуационного обслуживания Красной Армии была положена единая военно-медицинская полевая доктрина. Все это дало возможность в боевой обстановке своевременно оказывать квалифицированную медицинскую помощь раненым и больным и хорошо организовать последующее их лечение.

В период Великой отечественной войны советские хирурги разработали новые методы борьбы с шоком; улучшили методику лечения проникающих ранений грудной клетки, суставов, лечения рубцовых контрактур; применили специальные виды лечения раненых с повреждением мочевых путей; широко внедрили в практику первично отсроченный и вторичный шов ран и глухие гипсовые повязки; в сложной фронтовой обстановке широко использовали переливание крови и тем самым спасли жизнь десяткам тысяч раненых солдат и офицеров. Начиная с армейских полевых лечебных учреждений, была осуществлена специализированная лечебная помощь раненым в голову, грудь, живот, бедро, крупные суставы. Принцип этапного лечения с эвакуацией по назначению обеспечивал возможность более раннего оказания квалифицированной специализированной помощи различным категориям раненых и больных соответственно характеру и тяжести поражения.

Особо надо отметить, что такая большая проблема, как эвакуация и лечение легко раненых, военной медициной прошлого не была решена, хотя важнейшее ее значение правильно оценивалось и раньше. Только в Красной Армии в Великую отечественную войну эта проблема была блестяще решена созданием стройной системы лечения легко раненых и больных при МСБ и в специальных госпиталях для легко раненых. Были выработаны четкие единые понятия по вопросам эвакуации, сортировки и лечения легко раненых. Все это дало прекрасные результаты и значительно увеличило процент бойцов, возвращающихся в строй. Решение проблемы лечения легко раненых является одним из важнейших достижений медицинской службы в период Великой отечественной войны.

Санитарные потери в войсках от болезней в прошлых войнах во много раз превышали потери от оружия врага. Заболевшим на войне не уделялось должного внимания, они не получали своевременной терапевтической помощи и нередко оставались без нее. Такое положение имело место во всех армиях и войнах XIX века. «Военно-полевой терапии как науки не существовало, хотя достаточно писалось о „войсковых болезнях“, о болезнях в армии и пр. ... С первых дней Великой отечественной войны, впервые в истории военной медицины, у нас была создана специальная терапевтическая служба. Научные практические достижения внутренней медицины были поставлены на службу охраны здоровья войск непосредственно в районе боевых действий» (Е. И. Смирнов). Это дало в период войны также исключительно хорошие результаты. Известно, например, что количество больных значительно превышало количество раненых при обороне Севастополя

(1854—1856 гг.), во время русско-турецкой, русско-японской и первой мировой войны. В первой мировой войне соотношение больных и раненых в германской армии было равным 3 : 1, в русской армии 5 : 1. Во время Великой отечественной войны эти соотношения изменились. Больные в Красной Армии составляли меньше одной трети раненых. Впервые в истории войн инфекционные болезни в этой войне у нас имели ничтожный удельный вес. Если во времена Боткина преобладали заболевания тифами, дизентерией, малярией, то в эту войну тифы в Красной Армии составили всего лишь 0,25% всех заболеваний. И эта, сама по себе незначительная, цифра в годы Великой отечественной войны непрерывно снижалась, равно как снижалась и цифра многих важнейших заболеваний внутренних органов, например, язвы желудка, крупопозной пневмонии и др.

В период Великой отечественной войны наша армия не знала сколько-нибудь значительных вспышек эпидемий. При возникновении отдельных эпидемических очагов они быстро локализовались медицинской службой, распространение эпидемических заболеваний предотвращалось. В этом ярко выявились все преимущества профилактического характера советской медицины. Своевременная организация санитарно-эпидемиологической разведки, строгое проведение принципа «инфекционных больных лечить на месте» обеспечивали быстрое выявление больных, их изоляцию и госпитализацию. Военно-медицинские работники Красной Армии провели большие противоэпидемические мероприятия не только среди войск, но и среди гражданского населения прифронтовой полосы, особенно в районах, освобожденных от временной оккупации.

В период войны значительную работу вместе с эпидемиологами выполнили военные гигиенисты, осуществлявшие профилактические мероприятия, особенно в области гигиены питания, водоснабжения, поддержания в должном порядке мест расположения войск.

Почетные и ответственные задачи военной медицины по организации лечебно-эвакуационного и противоэпидемического обслуживания войск в этой великой войне могли быть успешно решены лишь при достаточном количестве хорошо подготовленных медицинских кадров. Наша партия, правительство; лично великий вождь и учитель трудящихся товарищ Сталин уделяли и уделяли вопросу подготовки кадров исключительно большое внимание. В результате победоносного осуществления Великой Октябрьской социалистической революции, индустриализации и коллективизации страны, успешного выполнения сталинских пятилетних планов развития народного хозяйства многие тысячи трудящейся молодежи получили возможность окончить высшие и средние специальные учебные заведения и школы и стать специалистами. Товарищ Сталин на XVIII съезде партии в отчетном докладе о работе ЦК ВКП(б), характеризуя советскую интеллигенцию, говорил: «В итоге мы имеем теперь многочисленную, новую, народную, социалистическую интеллигенцию, в корне отличающуюся от старой, буржуазной интеллигенции как по своему составу, так и по своему социально-политическому облику»¹.

В советском государстве с каждым годом увеличивается выпуск врачей, средних медицинских работников различных специальностей (лаборантов, операционных сестер, рентгенотехников и др.). Уже в 1940 г. число врачей в нашей стране более чем в шесть с половиной раз превышало число врачей, имевшихся в 1913 г.

За годы сталинских пятилеток советская наука дала стране ряд замечательных работ, нередко имевших мировое значение. «Наука без промедления щедро заплатила своему народу за те лучшие условия,

¹ Сталин И., Вопросы ленинизма, изд. XI, стр. 608, 1940.

которые ей представила победившая революция» (С. И. Вавилов).. Благодаря этому советская военная медицина могла строить систему своей деятельности на научных основах, благодаря этому она располагала кадрами, способными успешно решать стоявшие перед ними задачи.

В период войны к руководству многочисленными отраслями военной медицины в войсках и лечебных учреждениях армий и фронтов были привлечены крупнейшие специалисты нашей страны. В армию влились профессора, доктора и кандидаты медицинских наук, доценты, ассистенты, научные сотрудники многочисленных клиник и институтов Советского Союза. В составе медицинской службы Красной Армии работали 4 академика, 22 заслуженных деятеля науки, 275 профессоров, 558 доцентов, 308 докторов медицинских наук, около 2 000 кандидатов медицинских наук. В органах Управления медицинской службы, от ГВМУ до медицинских отделов армий включительно, был учрежден институт главных (фронтовых, армейских) специалистов. На них было возложено проведение принципов единой военно-полевой медицинской доктрины и руководство лечебной и профилактической деятельностью врачей по своей специальности. Главным хирургом Красной Армии с первых дней войны был назначен выдающийся ученый и хирург Герой социалистического труда академик Н. Н. Бурденко. Среди главных специалистов в ГВМУ и на фронтах работали виднейшие хирурги, терапевты и эпидемиологи — профессора С. С. Гирголав, П. А. Куприянов, Н. Н. Еланский, В. Н. Шапов, М. Н. Ахутин, С. С. Юдин, В. С. Левит, С. И. Банайтис, М. С. Вовси, А. А. Вишневский, П. И. Егоров, И. Н. Ищенко, Ф. Ф. Березкин, В. И. Попов, В. В. Гориневская, Э. М. Гельштейн, С. А. Поспелов, Т. Е. Болдырев, И. Д. Ионин и многие другие.

Медицинские учреждения армий и фронтов были укомплектованы квалифицированными кадрами работников различных медицинских специальностей. В период Великой отечественной войны выросли талантливые организаторы военной медицины, успешно руководившие работой медицинской службы фронтов и армий.

Советские медицинские работники, мужчины и женщины, работая в самых сложных условиях, нередко под огнем противника, проявили образцы патриотизма, героизма, отваги и самоотверженности. Вместе с бойцами и офицерами они отстаивали честь и свободу родины, отдавая свою жизнь делу спасения раненых. Не мало военных врачей, фельдшеров, медицинских сестер, санитарных инструкторов, санитаров и санитарок пали в боях смертью храбрых, выполняя свой долг перед родиной.

Фашистские захватчики, не считаясь с принципами, принятыми на Женевской конвенции, нападали на советские медицинские учреждения, бомбили их с воздуха, обстреливали тяжелой артиллерией, топили военно-транспортные суда с ранеными, попадавших к ним в плен советских медицинских работников подвергали пыткам, издевательствам и расстрелам.

Героическая работа медиков 62-й армии под Сталинградом проводилась не только под артиллерийским обстрелом, но и под огнем автоматического оружия и сопровождалась значительными потерями личного состава. В героической защите Севастополя с декабря 1941 г. по август 1942 г. медицинские работники проявили себя подлинными героями, мужественно выполняя свой долг перед родиной. Они заслуженно пользовались любовью бойцов и командиров героической Приморской армии. Военный совет армии оценил работу военных медиков следующим образом: «Несмотря на полную изоляцию Севастопольского гарнизона, подавляющее количество раненых все же удалось вывезти и эвакуировать в тыл страны. Личный состав санитарной службы, верный своему

долгу и присяге, оставался до конца... Земля Севастополя, на которой дралась и уничтожала врага Приморская армия, будет вечным свидетелем беззаветного героизма и глубокой преданности личного состава армии, а в том числе и светлой памяти работников санитарной службы».

Беспримерной по своей доблести была деятельность медицинских работников при исторической обороне Ленинграда в дни его блокады.

Родина по заслугам оценила работу советских военных медиков. За период Великой отечественной войны 29 медицинским работникам присвоено высокое звание Героя Советского Союза, из них 12 фельдшерам и 17 санитарам и санитарным инструкторам. В числе получивших это высокое звание 10 женщин.

За исключительные заслуги в области медицинского обеспечения войск работникам медицинской службы Красной Армии вручено: 285 орденов Ленина, 3 310 орденов Красного Знамени, более 7 500 орденов «Слава» 1-й степени, более 10 000 орденов «Отечественная война» 1-й и 2-й степени, около 70 000 орденов «Красной Звезды». Многие тысячи медиков награждены правительством медалями «За отвагу», «За боевые заслуги», за оборону городов-героев Ленинграда, Севастополя, Одессы, Сталинграда, за оборону Москвы и др.

Вся медицинская наука и деятельность военно-медицинских работников в период войны были поставлены на службу великой цели — как можно быстрее и лучше лечить раненых и больных, увеличивая число возвращенных в строй, свести к минимуму смертность на этапах санитарной эвакуации; максимально уменьшить число инвалидов, не допустить возникновения эпидемических заболеваний в войсках.

Высокая оценка работы медицинской службы Красной Армии дана правительством уже в итоге первого года Великой отечественной войны. В историческом документе «Политические и военные итоги года Отечественной войны», объявленном в сообщении Совинформбюро 23 июня 1942 г., говорилось: «...Кроме того, тщательное изучение вопроса показало, что, благодаря хорошо поставленной санитарной службе в Красной Армии, число вернувшихся в строй раненых бойцов равно 70% от числа раненых, а в немецкой армии в результате никудышной санитарной службы, которая была рассчитана тоже на „молниеносную“ войну, возвратилось в строй раненых немецких солдат не более 40% от всего числа раненых».

20 мая 1943 г. председатель Президиума Верховного Совета СССР М. И. Калинин, вручая орден Ленина и золотую медаль «Серп и Молот» Герою социалистического труда главному хирургу Красной Армии акад. Н. Н. Бурденко, указал, что «...награждение тов. Бурденко имеет большое политическое значение. Это награждение означает, что медицинское обслуживание нашей Красной Армии стоит в одном ряду с авиационным, артиллерийским обслуживанием, что медицинские работники в рядах армии столь же нужны, как бойцы и командиры».

Только в условиях армии диктатуры пролетариата военные врачи поставлены в одинаковые условия с офицерами всех родов войск и служб. Прежнее неравноправное положение военных врачей в сравнении с привилегированным положением офицеров, являвшихся выходцами из дворян и помещиков, в нашей армии устранено с начала ее создания. Военный врач в Советской Армии не «пасынок» офицерской среды, а равноправный и авторитетный офицер. Для высшего, старшего и среднего военно-медицинского состава Советской Армии введены персональные воинские звания так же, как и для всего офицерского состава всех родов войск и служб Вооруженных Сил СССР. Это имело важнейшее значение для военной медицины. Еще больше укрепился авторитет и поднялась роль военного врача как офицера Советской Армии.

Успешному выполнению задач военно-медицинской службы в период войны способствовало также издание таких важнейших документов, как «Указания по военно-полевой хирургии», «Наставление по санитарной службе Красной Армии», «Инструкции по методам хирургического лечения», «Руководство по работе в эвакуогоспиталях» и другие пособия, которые были составлены и даны в войска в первые дни войны. Это стало возможным только потому, что еще до войны были разработаны принципы единой военно-полевой медицинской доктрины.

В течение Великой отечественной войны Главное военно-санитарное управление продолжало разработку новых инструкций, положений, наставлений, руководств, обобщавших опыт работы в различных отраслях военной медицины.

Наличие в армии высококвалифицированных кадров позволило во время войны успешно организовать переподготовку и усовершенствование военных врачей. Несмотря на неотложные задачи по организации медицинского обеспечения за период войны 50% всех военных врачей прошли различные специальные курсы по усовершенствованию и переподготовке. Большую работу в этой области провели Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, военные факультеты и фронтовые и окружные курсы усовершенствования медицинского состава (КУМС). За годы войны подготовлены тысячи военно-полевых хирургов, сотни нейрохирургов, терапевтов, эпидемиологов и врачей других специальностей. Наряду с этим советские врачи фронта и тыла, охваченные патриотическим стремлением всемерно помочь своей родине, творчески улучшали применяемые ими методы лечения для своевременного и наиболее полного восстановления боеспособности и трудоспособности солдат и офицеров, вели большую научно-исследовательскую работу. Творческая мысль военных медиков нашла свое выражение в десятках и сотнях рационализаторских предложений, изобретений и усовершенствований. За период 1941—1945 гг. в различных трудах, сборниках, пособиях, медицинских журналах и в виде отдельных монографий советские медики опубликовали более 15 500 работ по вопросам военно-полевой хирургии, терапии, противоэпидемической защиты войск, гигиены, специализированной помощи, организации и тактике медицинской службы и др.

26 марта 1946 г. Совет министров СССР принял решение об издании в 1948—1950 гг. многотомного труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг.». Обобщение опыта войны, научная разработка материалов по лечению раненых и больных и профилактике эпидемических заболеваний среди населения и в войсках имеют огромное значение для дальнейшего развития теоретической и практической медицины. Постановление Совета министров нашло широкий отклик у крупных ученых, специалистов и рядовых врачей, принимавших участие в охране здоровья войск, в организации лечения и эвакуации раненых и больных бойцов и офицеров Советской Армии.

В годы величайших в истории человечества битв советские медики выдержали серьезное испытание на фронте и в тылу. Для возвращения в строй более 70% раненых воинов потребовалась четкая, слаженная работа, героизм и самоотверженность всех медицинских работников страны.

Перед советскими медиками в настоящее время поставлена задача большой государственной важности — полностью собрать и научно обобщить все новое, что за время Великой отечественной войны внесли в медицинскую науку и практику советские ученые и рядовые врачи. Многотомный труд, обобщающий опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг., будет неоценимым вкладом в мировую медицинскую науку.

Громадное значение для военной медицины имеет Военно-медицин-

ский музей Советской Армии, начавший свою работу в конце 1942 г. Этот музей является выдающимся памятником военно-медицинской службы периода Великой отечественной войны, в нем отражены и наши успехи, и наши недочеты. Музей ставит своей основной задачей накопление материалов, их первичную научную систематизацию и аннотацию, подготовку материалов к экспозиции и их дальнейшую научную обработку. Архив, организованный при музее в 1943 г., накапливает и научно разрабатывает отчетную документацию медицинских военных учреждений, обеспечивает обоснованную систематизацию материалов, от которой зависит дальнейшее правильное использование их для научных работ, составления отчетов о деятельности военно-медицинской службы как в годы Великой отечественной войны, так и в мирное время.

Более 100 лет назад знаменитый публицист В. Г. Белинский писал: «В будущем мы, кроме победоносного русского меча, положим на весы европейской жизни и русскую мысль».

Советский Союз под руководством партии Ленина—Сталина, одержав всемирно-историческую победу над фашистской Германией и империалистической Японией, снова приступил к мирному строительству, к завершению создания социалистического общества и постепенному переходу к коммунизму.

Пятилетним планом восстановления и развития народного хозяйства страны перед трудящимися СССР ставятся великие задачи.

Советские ученые за последние годы добились замечательных успехов. Много дали науке и советские медики.

Еще в 1900 г. при открытии в Москве первого съезда российских хирургов председатель его оргкомитета русский ученый П. И. Дьяков, следуя славным традициям русских ученых, обратился к съезду со следующими словами: «Да, мы пережили время, когда русский ученый для составления ученого труда обязан был ехать в заграничную клинику или лабораторию, когда статья его, чтобы быть известной, должна была появиться в заграничном издании, когда научное общение хирургов было мыслимо только с границей; и как создание своих ученых институтов придало русским научным исследованиям необходимость для всякого ученого труда печать самобытного, оригинального творчества, так и возникающие ныне съезды хирургов поведут к образованию русской хирургической школы»¹.

Это говорилось в условиях царизма, когда наука не имела поддержки у правительства, ученые терпели огромные лишения, а подчас подвергались и гонениям. В условиях социалистического государства, когда наука окружена постоянной заботой партии и правительства, «к лицу ли нам, представителям передовой советской культуры, советского патриотизма, роль преклонения перед буржуазной культурой или роль учеников?!» (Жданов).

Советский народ изменился и вырос вместе с величайшими преобразованиями, которые в корне изменили облик нашей страны. Советские медики, с честью выполнявшие свой долг перед страной в годы великих военных испытаний, проникнутые патриотическим чувством любви к своей социалистической родине, внесут свой дальнейший научный и практический опыт в дело совершенствования здравоохранения населения. В послевоенный период военно-медицинские работники в упорной творческой работе обобщают опыт Великой отечественной войны, используя его на благо родины, неустанно повышают свою медицинскую и военную квалификацию, осуществляют контроль над физическим состоянием войск, организуют лечебно-профилактическую работу в войсках.

Но мы не можем успокоиться на достигнутом. Мы должны непре-

¹ Труды первого съезда российских хирургов, М., стр. 7, 1901.

ривно изучать наш опыт, улучшать лечебно-профилактическое обеспечение войск, двигать вперед советскую военную медицину, славное тридцатилетие которой отмечаем.

Под руководством коммунистической партии, под водительством великого Сталина, вместе с миллионами советских патриотов военно-медицинские работники Вооруженных Сил СССР будут самоотверженно бороться за дальнейшее укрепление могущества родины, за осуществление великого плана новой сталинской пятилетки, за полную победу коммунизма в нашей стране.



Полковник мед. службы Т. И. МАСЛИНЦОВСКИЙ

САНАТОРИИ И ДОМА ОТДЫХА ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СССР К ТРИДЦАТОЙ ГОДОВЩИНЕ ОКТЯБРЯ

Санаторно-курортное дело в СССР является детищем Октября. До этого в России, как и ныне за границей, существовали исключительно частновладельческие санатории, пансионаты и гостиницы на курортах, где лечились и отдыхали представители знати и капиталистических классов. Трудящимся курорты были недоступны. Примерно через полтора года после Октябрьской социалистической революции — в начале 1919 г. Совет народных комиссаров издал декрет, по которому «все лечебные местности и курорты, где бы таковые на территории России ни находились, со всеми землями, лесами, водными пространствами и недвижимостью составляют народное достояние, переходят в собственность Республики и используются для лечебных целей».

Так переход государственной власти в руки рабочих и крестьян положил начало санаторно-курортному делу в СССР.

21 августа 1920 г. после изгнания из Крыма белогвардейцев В. И. Ленин подписал второй декрет, который имел для санаторно-курортного дела историческое значение:

«Благодаря освобождению Крыма Красной Армией от господства Врангеля и белогвардейцев открылась возможность использовать лечебные свойства Крымского побережья для лечения и восстановления трудоспособности рабочих, крестьян и всех трудящихся всех Советских Республик, а также рабочих других стран. Прекрасные дачи и особняки, которыми раньше пользовались крупные помещики и капиталисты, дворцы бывших царей и великих князей, должны быть использованы под санатории и здравницы для рабочих и крестьян».

Для санаторно-курортного строительства открылись широкие перспективы. 2 000 санаторных коек было в 1913 г., а сейчас после войны, когда сеть санаториев и домов отдыха еще не восстановлена полностью, санатории и дома отдыха насчитывают 273 000 коек. Таким образом в течение одного года в санаториях и домах отдыха получают лечение и отдых миллионы трудящихся.

Санаторное строительство за годы советской власти было поставлено на научные основы, выросла бальнеологическая наука, которая в царской России находилась в зародышевом состоянии, были основаны первые в мире курортологические институты, которых в 1941 г. насчитывалось 13, создана большая научная курортологическая литература. Шли интенсивные геологические изыскания; за годы советской власти выявлено свыше 2 500 минеральных источников, залежей лечебной грязи, и открыт ряд климатологических станций. Но и это составляет только часть неисчерпаемых и многообразных природных лечебных средств, которыми располагает СССР.

Передача этих средств народу закреплена Сталинской Конституцией.

В Конституции (ст.ст. 119 и 120) сказано, что в пользование трудящихся предоставляется широкая сеть курортов, санаториев и домов отдыха.

Так было создано грандиозное государственное санаторно-курортное дело, что обеспечило планомерное использование богатейших целебных природных факторов советского государства на благо трудящихся.

* * *

История санаториев и домов отдыха Вооруженных Сил СССР ведет начало с 1922 г., когда после окончания гражданской войны и перехода Красной Армии с военного на мирное положение были основаны первые военные санатории в Кисловодске, Ессентуках, Пятигорске, Гурзуфе, Саках, Евпатории. Сначала санатории были объединены в две группы — военно-курортные станции Крыма и Кавказа с подчинением начальникам этих станций. Впоследствии санатории были переданы в ведение непосредственно Санитарному управлению Красной Армии. С этих первых санаториев началось развитие санаторно-курортной сети Вооруженных Сил СССР.

В 1929 г. стал осуществляться план организации санаторных отделений госпиталей военных округов в курортных местностях — Сухуми, Боржоме, Кичкине, Сестрорецке и др. Санаторные отделения положили начало росту числа военно-окружных санаториев и домов отдыха. Военные округа как бы соревновались в деле обеспечения своих командиров и членов их семей санаторным лечением и отдыхом. Особенно ценным явилось создание ряда санаториев на Дальнем Востоке (Дарасун, Кульдур, Тихоокеанский и др.). Это дело встречало всемерную поддержку центра. Увеличилось и число центральных санаториев, подчиненных непосредственно Военно-санитарному управлению.

По всей советской стране — в Крыму, на Кавказе, на Черноморском побережье, на Волге, под Ленинградом и Москвой, на Дальнем Востоке, в Сибири, в Средней Азии, на Тихом океане, на Украине и в других местах — раскинулась большая сеть санаториев и домов отдыха Красной Армии и Военно-Морского Флота, число которых в 1941 г. исчислялось уже многими десятками.

В истории санаторно-курортного дела значительным событием явилось открытие в 1934 г. вновь построенного в Сочи Центрального санатория Красной Армии им. К. Е. Ворошилова. По архитектуре, по оборудованию лечебных кабинетов этот санаторий явился отличным лечебным и научно-исследовательским учреждением и вместе с тем прекрасным местом отдыха.

Важным событием явилось также открытие в 1935—1937 гг. подмосковного дома отдыха «Архангельское» (ныне Центральный клинический санаторий), постройка новых зданий для детского санатория в Евпатории, для санаториев в Кисловодске, Гурзуфе, Ялте и др.

С первых же дней своего существования военные санатории стали высококвалифицированными лечебными учреждениями. Не случайно часть первых санаториев (Ессентуки, Пятигорск, Москва и др.) сформировались из госпиталей.

Все в строительстве, оборудовании, режиме, культурно-массовой работе, отборе больных и т. п. с самого начала было подчинено лечебным принципам. В 1935—1936 гг. были даже открыты клинические отделения в санаториях им. Ворошилова (Сочи), Кисловодском, Гурзуфском. Отделения предназначались для больных, нуждающихся в более продолжительном лечении и в особом режиме, приближающемся к госпитальному.

Военные санатории завоевали большой авторитет и внесли солидный вклад в санаторно-курортное дело СССР.

В 1932 г. военные санатории одними из первых перешли на круглогодичную работу и в связи с этим стали изучать и обосновывать применение курортных лечебных средств в зимнее время. Ессентукский санаторий первым начал лечение больных с язвенной болезнью. Лечение оказалось настолько успешным, что в 1945 г. в этом санатории 30% лечившихся составляли больные с язвенной болезнью. В Сочинском санатории им. Ворошилова мацестинскую воду в комбинации с другими средствами стали удачно применять для лечения некоторых женских, кожных заболеваний, а в последние годы — гипертонической болезни. В Сакском санатории испытали новые методы лечения грязями обморожений и ожогов. Многого достиг Евпаторийский санаторий в лечении детского костного туберкулеза. Немало нового, оригинального внесли в терапию различных заболеваний и другие санатории.

Лечебная физкультура в военных санаториях заняла ведущее место. Особенно в этом отношении выделялись санатории: Сочинский им. Ворошилова, Гурзуфский, Кисловодский, «Архангельское».

Повышению и укреплению лечебного дела в санаториях много содействовало обеспечение их самым лучшим оборудованием из того, что давала и дает наша советская медицинская промышленность, выросшая за годы сталинских пятилеток. Санатории давно уже имеют рентгеновские аппараты, электрокардиографы, богато оборудованные физиотерапевтические кабинеты, зубопротезные лаборатории, отличные водолечебницы, ингаляторы. Перед войной началось строительство грязелечебницы в Саках, организация хирургических отделений в туберкулезных санаториях (Ялта, Сосновка).

Хорошо поставленная диагностика, большой процент положительных исходов при лечении, высокий уровень лечебного дела в целом — это результаты научно-исследовательской активности санаторных врачей. Военно-санитарное управление всегда придавало большое значение постановке научно-исследовательской работы в санаториях, следило за научной тематикой, за выполнением планов научных работ, по мере возможности содействовало их опубликованию и широко практиковало научные командировки врачей.

Как сказано было выше, в Саках врачи изучали грязелечение костных переломов, отморожений, ожогов, а в послевоенные годы — различных последствий военной травмы.

Ессентукский санаторий испытывал эффективность лечения ряда заболеваний грязями умеренных температур. Сочинский санаторий им. Ворошилова изучал комбинированное действие мацестинской воды и других медицинских средств на висцеральный ревматизм и хронические септические заболевания, на изменение минутного объема крови, на углеводный обмен и др. В Ялтинском туберкулезном санатории проблемами научного исследования были: применение физкультуры при открытых формах туберкулеза, диссеминированные формы туберкулеза и др. В Евпаторийском санатории искали возможностей для лечения последствий детского полиомиелита. Научная проблематика центральных санаториев была обширной, разнообразной и практически ценной.

В послевоенные годы санатории много внимания уделяют изучению воздействия местных курортных факторов на последствия военных повреждений. Уже завершено немало ценнейших научных работ, ожидающих опубликования. Широкому размаху научно-исследовательской работы и совершенствованию лечебного дела в санаториях много содействовали консультанты санаториев, среди которых были профессора Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и ряд видных медицинских деятелей.

Санаторно-курортная система Вооруженных Сил СССР вырастила десятки врачей специалистов — курортологов, бальнеологов, климатологов, физиотерапевтов и по лечебной физкультуре. Наличие этих

кадров, на специализацию которых требуется много лет пребывания на одном курорте, — одно из крупнейших достижений военных санаториев. В военных санаториях и домах отдыха получили хорошую выучку много медицинских сестер, администраторов, хозяйственников, без которых невозможно поставить на высоту санаторно-курортное дело.

Военные санатории и дома отдыха выделяются из всех учреждений подобного типа прекрасным качеством культурно-массовой работы, которой и Главное политическое управление, и окружные политические органы всегда уделяли и уделяют много внимания. Большинство санаториев и домов отдыха имеют стационарные киноустановки (в некоторых санаториях киноустановки парные), получают свежие кинофильмы, имеют радиоузлы, музыкальные инструменты, библиотеки и т. п. Некоторые библиотеки (Ялтинский санаторий, «Архангельское», Сочинские имени Ворошилова и Фабрициуса, Кисловодский и др.) обладали книжным фондом, превышавшим 10 000 томов. Главное военно-санитарное управление отпускает значительные денежные средства на организацию концертов, спектаклей, вечеров самодеятельности.

К этому следует добавить туризм и физкультуру, которые в санаториях и домах отдыха получили большое развитие. С каждым годом росло число теннисных, волейбольных площадок; там, где это было возможно, открывались катки, процветал лыжный спорт, заводились велосипедные парки («Архангельское»), устраивались лодочные станции, купальни и т. д. Все это вместе с широко проводившимися культурно-массовыми мероприятиями давало в руки врачей огромный арсенал средств для всестороннего воздействия на организм больного и отдыхающего.

Развитие подсобных хозяйств в некоторых санаториях («Архангельское», Сочинский им. Ворошилова, Евпаторийский, Сакский, Кисловодский, Гурзуфский и др.) достигло большой мощи, позволило отлично поставить общее и лечебное питание больных и отдыхающих.

* * *

Война потребовала изменения рабочего профиля санаториев и домов отдыха. «Все для войны, все для фронта!» — этим лозунгом жила вся наша страна. Санатории и дома отдыха были превращены в госпитали и стали обслуживать раненых в боях за родину советских воинов, курортные лечебные средства были применены для лечения военных повреждений. Десятки тысяч раненых возвращались после лечения в госпиталях-санаториях выздоровевшими в свои части на фронт.

Вторжение немцев и временное хозяйничанье их в оккупированных районах нанесли тягчайший удар и по санаторно-курортному делу.

Трудно описать весь ущерб, который немецкие вандалы причинили санаториям. Они уничтожили Евпаторийский детский санаторий, превратив в руины лучшее в стране лечебное учреждение; смели с лица земли прекрасный дом отдыха в Судаке; разграбили ценнейшее имущество санаториев и домов отдыха, в том числе уникальное медицинское оснащение, вырубали прекрасные парки, взорвали электростанции, разрушили дороги.

После разгрома и изгнания фашистских армий началась интенсивная восстановительная работа. В санатории и дома отдыха широким потоком потекли медицинское имущество, предметы ухода, быта, уюта; начат ремонт поврежденных и восстановление разрушенных зданий, электростанций, дорог и т. д. Сейчас электростанции восстановлены во всех крупных санаториях. Спустя два-три месяца после изгнания немцев стали вновь открываться двери санаториев и домов отдыха для больных и нуждающихся в отдыхе военнослужащих и членов их семей. Одновременно создавались и новые санатории и дома отдыха в Цхал-

тубо, Светлогорске (бывш. Раушен), на Рижском взморье и других местах. Стало заметно расти число крупных домов отдыха.

Для рационализации управления и снабжения признано было целесообразным санатории Кавказа, Крыма и Черноморского побережья объединить в группы с санаторными управлениями во главе.

Постепенно стали возвращаться на свои места и бывшие санаторные врачи, во время Великой отечественной войны работавшие на фронтах. Однако процесс консолидации кадров еще далеко не закончен — ряд врачей все еще работает на другой работе и остается вне санаториев.

Предстоит специализировать новый врачебный состав. Для этого необходимо разворачивать активную научно-исследовательскую работу, широко практиковать научные командировки, прикрепление к санаториям видных специалистов в качестве консультантов. При санаторных управлениях организованы ученые советы, которые, несомненно, будут способствовать научной работе и специализации врачей. Очень полезны в этом отношении и совместные научные конференции с врачами гражданских санаториев, особенно там, где имеются бальнеологические институты (Сочи, Пятигорск и др.).

Великая отечественная война не могла не отразиться на состоянии здоровья части генералов и офицеров. Среди них имеются лица с последствиями военных травм и перенесенных за время войны серьезных заболеваний. Учитывая, что такие больные нуждаются в более длительном лечении и особом режиме, возникает мысль о необходимости расширить в ряде санаториев клинические отделения.

В 1945 г. состоялось санаторно-курортное совещание, на котором были подведены итоги работы санаториев за время, прошедшее после освобождения их от оккупации. Совещание показало, как плодотворно шло восстановление, как много сделано и вместе с тем как много еще предстоит сделать, чтобы в постановке санаторно-курортного дела достичь довоенного уровня и превзойти его.

Предстоят большие строительные работы. Ждет завершения строительство Сакской грязелечебницы, предстоит строительство в Цхалтубо, Гурзуфе и, надо надеяться, будет, наконец, построен свой санаторий и в Железноводске, нужда в котором ощущается уже давно. Наряду с этим необходимо повседневно вести ремонт жилых и лечебных зданий, санитарно-технических установок и сооружений в существующих санаториях и домах отдыха, решить давно назревшую проблему — обеспечить квартирами обслуживающий состав санаториев, что имеет большое значение для подбора и сколачивания кадров.

В некоторых санаториях имеются чудесные старинные и новые парки («Архангельское», Сочинский им. Ворошилова, Марьино, Сосновка, Марфино и др.). Парки — не только украшение, они являются важным лечебным фактором. Сохранять и развивать старые парки, насаждать новые, выращивать ценные породы деревьев и кустарников, цветы — это весьма важная задача, стоящая перед нашими санаториями.

Попрежнему актуальное значение имеет отбор больных в санатории. В 1945 г. вышло новое дополненное издание перечня показаний и противопоказаний к направлению раненых и больных в центральные санатории; для окружных санаториев разработаны свои перечни. Тем не менее все еще наблюдаются отдельные случаи направления в центральные санатории «непоказанных» больных. Это свидетельствует об известной небрежности в отборе, которая может вредить больному и нарушать «профильность» санатория. Врачам войсковых частей и соединений следует помнить, что при распределении путевок в санатории они обязаны соблюдать принцип «отбора по назначению» так же строго, как они строго проводили на фронте принцип «эвакуации по назначению».

Серьезную проблему представляет «сезонная» тяга в санатории и дома отдыха только в теплое время года. Нужно, чтобы военнослужащие пользовались положенным им отдыхом зимой так же охотно, как и летом. Для этого нужно всемерно развивать зимний туризм, зимние виды спорта, организовать охотничьи хозяйства, дачное строительство. В центре нужно строго планировать распределение и выдачу путевок.

Предстоит также решить задачи учета отдаленных результатов санаторного лечения. Вопрос об этом поднимали не раз, но ни разу он не был решен полностью. Необходима более тесная связь врачей санаториев с врачами частей войск и флотов. Особенно важна такая связь для правильной диспансеризации генералов и офицеров. Санаториям следует пересылать войсковому врачу или врачу флота подробные данные о результатах санаторного лечения.

55% всей сети санаториев и домов отдыха принадлежат округам. Следует, по нашему мнению, всемерно поддерживать и развивать эту сеть. Окружные санатории должны являться квалифицированными лечебными учреждениями и по качеству своей работы встать в один ряд с центральными. Ряд военных округов располагает богатейшими возможностями в использовании климатических и бальнеологических факторов для укрепления здоровья военнослужащих.

Санатории и дома отдыха занимают весьма важное место в лечебно-профилактическом обслуживании личного состава войск и флота. Дальнейшее улучшение качества работы санаториев и домов отдыха является одной из наших основных задач, над решением которой со всей энергией будут работать многочисленные коллективы наших курортно-санаторных работников.



Генерал-майор мед. службы проф. Д. Н. ЛУКАШЕВИЧ
и подполковник мед. службы доц. Л. Я. СКОРОХОДОВ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С. М. КИРОВА

I

Военно-медицинская (раньше Медико-хирургическая) академия имени С. М. Кирова существует почти 150 лет. Первоначально в момент основания (в 1798 г.) предполагалось, что главное назначение академии будет заключаться в подготовке врачей для армии и флота. Однако очень быстро академия переросла эти рамки и превратилась в первый по своему значению очаг общемедицинской мысли в России. Но в течение всей своей дореволюционной истории академия была оторвана и от русского народа, и от живого бытия русской жизни. Научную работу в академии каждый вел на свой страх и риск, без плана, без какой-либо обобщающей идеи. Связи академии с армией были очень слабы. Материальное оснащение ее после первой мировой войны пришло в расстройство. Студенчество академии, в свое время шедшее в авангарде передовых студенческих политических движений, ко времени первой мировой войны в значительной мере отошло от них. Учебная жизнь академии шла по установившимся традициям. Военизация, начатая в 1913 г. и имевшая целью сблизить академию с армией, в годы войны не была доведена до конца — академия оставалась общемедицинским высшим учебным заведением.

За годы своего существования до Великой Октябрьской социалистической революции академия дала России не мало выдающихся ученых. В стенах ее развернулся талант великого Пирогова, создавшего военно-полевую хирургию как науку, сложились главнейшие русские хирургические школы (Богдановский, Ратимов, Вельяминов, Федоров), положено начало новой отрасли знаний — физиологии высшей нервной деятельности, построенной на материалистической основе (Сеченов) и функциональной патологии (Пашутин), основана блестящая отечественная клиническая школа, совершенно самобытная и оригинальная в трактовке ряда медицинских проблем и в практическом подходе к больному (Боткин), сложилась школа педиатрии (Гундобин), русские школы отоларингологов (Симановский) и психиатрии (Бехтерев). Руководителями кафедр академии были известные ученые страны. Таким образом, академия еще до революции превратилась в ведущий международный центр научной медицины в ряде ее отраслей.

II

Великая Октябрьская социалистическая революция внесла свежую струю в жизнь академии и поставила перед ней новые задачи. Процесс перестройки академии произошел не сразу. Большинство преподавателей, независимо от своих политических убеждений, в годы революции смотрели на академию как на ценное достояние народа, которое необходимо было сохранить во что бы то ни стало. Тяжелые условия работы в пору экономической разрухи, которую переживала страна, не смогли сломить патриотической преданности ученых своей родине. Необходимо отметить, что уже в первые дни Великой Октябрьской социалистической революции передовые работники академии во главе с проф. Шевкуненко организовали медицинское обеспечение боевого участка при штурме Зимнего дворца.

Революция внесла существенные изменения в строй академической жизни. В состав конференции академии вошли представители от преподавателей и студенчества, была введена выборность начальника. В декабре 1918 г. на этот пост был единогласно избран проф. Тонков, руководивший работой академии в течение последующих 8 лет. В. И. Ленин и Я. М. Свердлов проявляли живейший интерес к вопросам жизни академии. От них проф. Тонков получил ряд важнейших указаний по вопросам организации работы академии, по удовлетворению материальных нужд профессорско-преподавательского состава, по вопросам, касавшимся положения ученых в стране.

Когда в 1918 г. в Петрограде возникла эпидемия сыпного тифа, академия активно включилась в борьбу с ней. Клиники переключились на обслуживание инфекционных больных, из врачей и студентов были сформированы специальные группы для борьбы с эпидемиями. В борьбе с сыпным тифом на боевом посту погибли проф. Троицкий, Вилланен, приват-доцент Поггенполь, ассистент Куковеров.

Во время гражданской войны академия оказывала большую помощь фронту. Профессора Оппель, Гирголав, Шевкуненко, преподаватели Куприянов, Валькер (ныне профессора академии) и другие принимали деятельное участие в организации санитарных учреждений для Красной Армии. В дни наступления армии Юденича врачебные отряды, сформированные академией, работали на боевых участках фронта. Во время кронштадтского мятежа академия организовала для фронта несколько санитарных отрядов. Эта деятельность академии получила лестную оценку со стороны Реввоенсовета республики, который в 1923 г. в приказе № 2769 так характеризовал работу академии: «Ряд высококвалифицированных работников ВМА личной работой в армиях гражд-

данских фронтов значительно содействовал улучшению лечебной и эвакуационной деятельности полевых санитарных учреждений». Деятельность академии в этом отношении не раз была отмечена благодарностью правительства.

Так, в 1923 г. Наркомздрав вынес благодарность академии за ее помощь в медико-санитарном обеспечении войск во время гражданской войны, а через некоторое время после этого академия получила почетную грамоту ЦИК.

Ведя энергичную борьбу с эпидемиями, помогая в медицинском обеспечении фронтов гражданской войны, академия ни на минуту не прекращала учебных занятий.

В 1918 г. академия впервые произвела прием учащихся, не требуя от них аттестатов об окончании среднего учебного заведения. Поступить могли все желающие. Благодаря этому в академию влилось большое количество рабочих и крестьян, горящих желанием приобщиться к науке и упорно работать над преодолением трудностей. Вместе с ростом рабочей прослойки среди слушателей появились первые коммунисты и в конце 1918 г. создается партийный коллектив в составе 5 человек. С первых же шагов своей деятельности партийный коллектив, в соответствии с лозунгом, данным Наркомпросом, начинает борьбу за реформу учебного процесса. В этой борьбе партийный коллектив опирался на слушателей нового приема. Слушатели же старших курсов отрицательно относились к учебной реформе. После наборов 1920 и 1921 гг., которые увеличили партийную прослойку в совете старост, являвшемся тогда представителем студенчества, коммунисты стали влиять на него. Это позволило более решительно проводить учебную реформу. Комиссия академии, с участием слушателей, разработала следующие основные тезисы к реформе преподавания: 1) задача академии—подготовка научно-материалистически мыслящего врача, который должен являться практическим работником для обслуживания трудящихся и активным борцом за укрепление боеспособности Красной Армии; 2) преподавание должно быть реорганизовано так, чтобы давать будущему врачу умение учитывать социально-экономические условия возникновения болезней; 3) основная система преподавания должна быть семинарской, при активной проработке материала со студентами. В итоге в 1923 г. курсовая система преподавания была заменена предметной. В ближайшие годы введены новые дисциплины — социально-экономические, общая биология, клиника и терапия БОВ, социальная гигиена, микробиология и др., а в преподавании главное внимание было уделено практическим занятиям. Хотя эта система снижала значение теории и уменьшала удельный вес лекций, она была необходима ввиду недостатка общей подготовки у нового состава слушателей.

Положительный результат учебной реформы заключался в том, что она содействовала сближению между слушателями и профессорско-преподавательским составом.

Когда в феврале 1918 г. была организована Красная Армия, академия волилась в ее состав. Но уже в октябре того же года академия перешла в ведение Наркомздрава. Это было отражением советского взгляда на медицину, как на единое целое, но создавало опасность превращения академии в гражданское учебное заведение. Такая опасность значительно увеличилась в 1919 г., когда было выдвинуто предложение передать академию из ведения Наркомздрава в ведение Наркомпроса. Но конференция академии стойко отстаивала ее военный профиль. Ее в этом отношении поддерживал начальник ГВСУ З. П. Соловьев, который и в дальнейшем значительно влиял на развитие академии. По его указанию в 1923 г. в академии было введено преподавание военно-санитарной администрации и военно-санитарной тактики. Однако, находясь в системе Наркомздрава, академия все же от-

ривалась от армии. Поэтому еще в 1924 г. партийный коллектив сигнализировал об этой опасности. Начальник ГВСУ З. П. Соловьев указывал на необходимость для военного врача широкого военно-медицинского и одновременно военного образования. В результате упорной борьбы за военный профиль академии в 1925 г. было разработано новое положение об академии, в котором она четко характеризуется как военно-медицинский вуз, введена военная дисциплина, комплектование кадров учащихся, преимущественно из военнотружеников, лагерные сборы и производственная практика слушателей в госпиталях и в строевых частях. С этого времени начинает крепнуть связь академии с Красной Армией.

III

С первых дней советской власти правительство, несмотря на большие материальные трудности, которые переживала страна, уделяло большое внимание академии и росту ее материальной базы. Особенно это проявилось по окончании гражданской войны — в годы мирного строительства. В 1935 г. товарищ Ворошилов принял делегацию академии, которая изложила ее нужды. Правительство ассигновало крупные средства на капитальное строительство академии и на оборудование кафедр. Это позволило увеличить материальную базу академии, переоборудовать кафедры, клиники и лаборатории, улучшить условия жизни студентов.

Новый этап социалистического строительства в стране предъявлял новые запросы и к академии. Явилась потребность готовить не просто военного врача, но активного участника великой стройки. Большие маневры 1929 г. выявили много серьезных недочетов в организации военно-санитарной службы. Между тем международная обстановка требовала усиления обороноспособности Красной Армии. В том же году академия была передана в ведение Наркомата военных и морских дел. Комиссия Реввоенсовета, обследовавшая академию, отметила слабую постановку преподавания военных дисциплин, недооценку дисциплин профилактического цикла. «Цикл военных предметов, — говорится в решении Реввоенсовета, — который должен быть ведущим в академии, является еще отсталым... ВМА еще не является военно-учебным заведением. Крайне отстали кафедры ВМА в вопросах работы в условиях будущей войны». Начинается новая реформа преподавания в академии: предметная система заменяется курсовой, вводится пятилетний срок обучения. Конференция академии реорганизуется в Ученый Совет, кафедра военно-санитарной тактики и военно-санитарной администрации сливаются в одну, отменяется активно-лабораторный метод преподавания, усиливается внимание к марксистско-ленинской подготовке военных врачей, реорганизуются курсы усовершенствования при ВМА (КУМС), им ставится задача готовить врачей-специалистов военного дела.

В итоге этой реформы, проведенной в 1931 г., резко улучшается подготовка войскового врача. В приказе ГВСУ от 24 апреля 1932 г. уже отмечается, что имеются сдвиги в перестройке академии, что ею проделана большая организационная и воспитательная работа.

Число выпускаемых академией хорошо подготовленных врачей непрерывно росло. За 16 лет советской власти (1917—1933 гг.) оно в 4½ раза превысило число врачей, выпущенных академией за такой же срок до революции. В числе новых врачей преобладали рабочие и крестьяне, многие из них имели опыт военной и гражданской советской работы.

Постепенно Военно-медицинская академия превращается в центр разработки теоретических вопросов военной медицины. Непрерывно

растет ее научная продукция, причем оборонным темам уже в 1938 г. было посвящено 55% всех научных работ.

Научная работа академии в первые годы после революции методологически в известной части еще находилась под влиянием старой идеологии. Постепенное освоение советскими учеными методологии диалектического материализма стало оказывать свое благотворное влияние и на научное творчество академии. Этому способствовало введение для преподавателей обязательной командирской учебы, одним из важнейших звеньев которой было изучение теории марксизма-ленинизма. Большую роль в этом отношении сыграла партийная организация, неизменно стоявшая на позициях генеральной линии партии. Среди профессоров и преподавателей появилось стремление к вступлению в партию. Показателем идеологических сдвигов в мировоззрении научных работников академии явилась статья проф. Федорова «Хирургия на распутьи», появившаяся в 1929 г. и прозвучавшая в русской медицинской прессе как «сигнал бедствия».

В статье указывалось, что старая методология не может вывести медицину из того тупика, в который ее завела ограниченность буржуазной науки. Выступление проф. Федорова положило начало исканию новых путей. В этом отношении большую роль сыграла школа акад. Павлова. Ее значение заключалось в том, что она перешла от изучения органов к изучению всего организма, от статической к динамической интерпретации патологических процессов. Проф. Орбели, исходя из учения Павлова об условных рефлексах и применяя эволюционный принцип и данные ортогенеза к физиологии нервной системы, создает концепцию об эволюции нервно-мышечного прибора. Проф. Тонков, применяя генетический метод к анатомии и пользуясь физиологическим экспериментом, создает эволюционную анатомию. Проф. Шевкуненко связывает вопросы анатомии с изучением типовой конституции. Проф. Заварзин создает эволюционную гистологию. Таким образом, произошли серьезные идеологические сдвиги в медицине.

Включившись в социалистическую стройку, академия организовала ряд научных экспедиций. Несколько экспедиций было отправлено под руководством акад. Павловского в Крым, Среднюю Азию, Кавказ, Забайкалье. Эти экспедиции имели целью изучение краевой эпидемиологии и паразитологии, во время их изучались переносчики и возбудители разных инфекций и вырабатывались меры борьбы с ними. Экспедиции под руководством проф. Владимирова изучали обмен веществ в организме человека, находившемся в высокогорных условиях (Эльбрус).

Академия систематически выпускала свой научный журнал и сборники трудов. Так, в разное время были выпущены сборники по кишечным инфекциям, по анаэробному поражению ран, гипоксемии, военно-санитарным вопросам и др.

Академия сыграла большую роль в строительстве медицинской службы Красной Армии. В 1917 г. появляется статья проф. Опделя «Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии», положившая начало новому направлению в лечебно-эвакуационном обеспечении боевых действий войск и в организации хирургической деятельности в действующей армии. Высказываясь против системы эвакуации во что бы то ни стало, Оппель в своем труде первым предложил систему этапного лечения, подробно изложенную впоследствии в посмертно изданной большой работе «Очерки хирургии войны». Хотя Оппель в изложении этапного учения допустил ряд ошибок, недоучитывая факторы боевой обстановки, однако предложенная им система явилась исключительно прогрессивной для того времени.

Большую помощь медицинской службе Красной Армии оказала созданная в академии кафедра военных и военно-санитарных дисциплин. Под руководством авторитетнейшего специалиста военно-медицинского

дела проф. Леонардова кафедра активно участвовала в разработке устава военно-медицинской службы, ряда инструкций и нормативных положений по различным организационным вопросам военной медицины, детально разработала методику санитарной подготовки, выпустила учебники по ней, влияла на постановку этой подготовки в гражданских медицинских институтах страны. Кафедра систематически участвовала в маневрах и учениях, подготовила значительное количество работников, повысив их специальную квалификацию. Особенно большую работу академия, находявшаяся в непосредственной близости к фронту, выполнила во время войны с белофиннами.

IV

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова неизменно высоко держала знамя отечественной науки. В стенах академии зарождались новые направления медицинской мысли, создавались новые научные школы. Здесь работали С. П. Боткин — создатель русской клинической школы и его ученик — величайший из физиологов мира — И. П. Павлов. Школа акад. Павлова является в настоящее время ведущей не только в советской, но и в мировой физиологии. Много дали русской науке выдающийся химик академии — проф. Лебедев, проф. Кравков, проф. Федоров, проф. Оппель, проф. Турнер, проф. Заварзин, проф. В. П. Осипов и другие. Сейчас выдающиеся ученые академики, в числе которых Орбели, Тонков, Шевкуненко, Павловский, Хлопин и десятки других, продолжают дело своих учителей — двигают вперед советскую науку.

Размеры журнальной статьи не позволяют хотя бы кратко охарактеризовать их научную деятельность. Ограничимся коротким замечанием: крупные научные работники ее, являясь одновременно квалифицированными педагогами, укрепили и еще более повысили авторитет академии как одного из лучших в стране медицинских учебных заведений.

V

Мирная учебная и научная деятельность академии была прервана вероломным нападением фашистской Германии на Советский Союз. Академия приняла самое активное участие в Великой отечественной войне. В первые же дни она направила на фронт весь состав своих адъюнктов и врачей, проходивших курсы усовершенствования (КУМС). В ближайшие месяцы она произвела два ускоренных выпуска молодых врачей, оказала существенную помощь Ленинградскому фронту в военно-медицинской переподготовке врачей полевых формирований. В течение войны академия откомандировала на фронт около 100 своих профессоров и преподавателей, многие из которых занимали в армии руководящие посты. Проф. Гирголав и проф. Шамов работали в качестве заместителей главного хирурга Красной Армии. Проф. Егоров был заместителем главного терапевта Красной Армии. Профессора Глазунов, Неменов, Павлов, Энтин и преподаватель Тимофеев работали главными специалистами ГВМУ Красной Армии, профессора Ахутин, Еланский, Попов — главными хирургами фронтов. Многие профессора и преподаватели занимали должности фронтовых и армейских терапевтов, эпидемиологов, гигиенистов, начальников медицинской службы фронтов и армий и руководили крупными учреждениями военно-медицинской службы.

Клиники академии, удвоив свой коечный фонд, целиком переключились на обслуживание тяжело раненых солдат и офицеров Ленинградского фронта. Работники академии состояли консультантами санитарного управления фронта, энергично помогали его многочисленным

лечебным учреждениям в Ленинграде, содействовали постановке в них квалифицированной помощи бойцам.

Деятельность академии в блокированном Ленинграде протекала в исключительно тяжелых условиях. Бесконечные воздушные налеты и артиллерийские обстрелы города, многочисленные повреждения, нанесенные академии, голод и холод, отсутствие света и воды и. т. п. — все это резко нарушало жизнь академии. Но она все же ни на минуту не прекращала своей учебной, научной и лечебной работы. Она организовала ускоренную подготовку врачей военного времени, оперативно пересмотрев свои учебные программы и подчинив их интересам фронта.

Советское правительство, неизменно заботившееся об академии, приняло решение для создания более нормальных условий работы временно эвакуировать ее в Самарканд. Здесь в распоряжении академии был предоставлен местный медицинский институт, эвакогоспитали и городские больницы. К сожалению, всего этого оказалось недостаточно, чтобы обеспечить научную, лечебную и учебную работу академии. Ограниченные материальные возможности небольшого города, перегруженного эвакуированными в него учебными и лечебными учреждениями, создали весьма тяжелые материально-бытовые условия для всего личного состава академии. Отдаленность от фронта не давала академии возможности непосредственно помогать ему. Свое участие в войне академия, помимо подготовки кадров и продолжения научной работы (приспособленной к ограниченным возможностям Самарканда), могла выявить в помощи Среднеазиатскому военному округу, игравшему важную роль в комплектовании Красной Армии, в помощи многочисленным эвакогоспиталям Самарканда и в содействии гражданскому здравоохранению Узбекской ССР (последняя выполняла задачи большого народнохозяйственного значения). В этих именно направлениях развивалась деятельность академии.

В ходе войны академия подверглась реформе, открывшей новую эру в ее истории. В проведении этой реформы принял личное участие товарищ Сталин. Из учреждения, готовившего младших врачей войсковых частей, академия превратилась в учреждение для подготовки руководящих медицинских кадров и в научный центр военно-медицинской службы Красной Армии.

После прорыва блокады Ленинграда советское правительство в феврале 1944 г. решило вернуть академию в Ленинград. Товарищ Сталин приказал лично ему доложить перспективный план дальнейшей реконструкции академии. Такая забота вождя советского народа об академии вдохновляла ее сотрудников на дальнейшие производственные подвиги. Вернувшись на свою постоянную базу, академия энергично принялась за восстановление.

Немецкие фашисты нанесли академии тяжелые раны. Некоторые здания академии были разрушены, другие сильно повреждены, на территории академии не оставалось ни одной постройки, не потерпевшей ущерба во время блокады Ленинграда. Восстановление разрушенных и поврежденных зданий в условиях того времени было делом огромной трудности. За это дело взялся весь коллектив академии. Одновременно была возобновлена и учебная, научная и лечебная деятельность.

Несмотря на серьезные трудности, академия и во время войны не прекращала научной работы. В Самарканде было организовано десять научных медицинских обществ, работавших под руководством и при самом активном участии сотрудников академии. Прикрепленные к эвакогоспиталям профессора академии организовали в них научную работу, результаты которой обсуждались на двух научных конференциях. Академия провела конференцию по лечению огнестрельных ран и конференцию психиатров по вопросам военной психопатологии. Под руко-

водством академии и при участии ее сотрудников были изданы три сборника трудов медицинских работников САВО и эвакуогоспиталей. Продолжалась и экспедиционная деятельность академии: в 1943 г. была проведена экспедиция в Катта-Курган для изучения влияния жаркого климата на организм бойца и экспедиция на Байкал. После возвращения в Ленинград проведены научные конференции по итогам научной деятельности академии в Самарканде, по вопросам гигиены военной одежды и по вопросам эволюционного учения в применении его к медицине. Сотрудники академии продолжали свою работу в журналах и в составлении учебников.

К 30-летию советской власти академия приходит с большими достижениями: Сейчас академия имеет 50 кафедр (до революции была 31). Из этих кафедр 18 впервые созданы при советской власти. Среди профессорско-преподавательского состава академии три члена и один член-корреспондент Академии наук СССР, 12 членов и 3 члена-корреспондента Академии медицинских наук, 8 лауреатов Сталинской премии, 15 заслуженных деятелей науки.

Слушательский состав академии почти удвоен против дореволюционного времени. В числе слушателей имеются и молодежь, окончившая среднюю школу, и квалифицированные военные врачи со значительным стажем службы в Красной Армии.

Из стен академии за эти 30 лет вышло около 7 000 научных работ. Академия, как и все научные учреждения, ввела планирование научной работы, что оказалось исключительно плодотворным. Крепнет и ширится связь Военно-медицинской академии с Советской Армией. Несмотря на большие потери, понесенные во время войны, академия богато оснащена и продолжает пополняться учебным и научным оборудованием. В академии кипит общественно-политическая жизнь.

VI

Оглядываясь на пройденный путь, мы имеем все основания заявить, что академия оправдала доверие советского народа, партии и правительства. Будучи до революции оторванным от жизни русского народа учреждением, академия после революции пережила свое второе рождение. Правда, советская академия получила от прошлого славные научные традиции, но в дореволюционное время далеко не все ее научные достижения использовались на благо народа. Академия советского периода с первых же дней существования советского государства неразрывно связала свою судьбу с судьбой народа.

С каждым годом увеличивалось число слушателей академии из среды рабочих и крестьян. Перед трудящимися открывались когда-то наглухо запертые ворота святилища науки. В советской академии все трудятся на благо науки и родины. Здесь не одиночки двигают вперед медицину, а коллектив. Коллективное творчество создает предпосылки для развития советской медицинской науки. Продолжая славные традиции русской медицины, научные работники академии вносят в свои труды высокую принципиальность и бескорыстное служение родине. Связывая медицинское творчество с методологией материалистической диалектики, работники академии внесли большой вклад в дело развития научной советской медицины.

В годы борьбы за выполнение сталинских пятилеток академия перешла к дифференцированному обслуживанию Советской Армии. Она готовит уже не просто военного врача, а военных врачей различных профилей. От обслуживания армии без учета рода войск перешла к подготовке врачей различных специальностей. В результате этого советская военная медицина не оказалась застигнутой врасплох войной.

За тридцать лет советской власти Военно-медицинская академия,

оставаясь одним из центров научной медицинской мысли в СССР, приблизилась настолько к советской армии, что стала действительно «военной» академией.

Научная деятельность академии за годы советской власти проводилась под лозунгом повышения обороноспособности страны. Учебная деятельность была направлена на воспитание высококвалифицированных специалистов — военных врачей.

За время Великой отечественной войны Военно-медицинская академия доказала, что годы ее работы при советской власти не прошли даром. Все лучшие силы академии, ее профессора и преподаватели, с первого дня войны ушли на фронт и возглавили руководящие посты медицинской службы Красной Армии.

Трудами профессорско-преподавательского состава академии была создана единая военно-полевая медицинская доктрина, которой не было ни в одной из западных стран и не было у наших врагов и благодаря которой медицинская служба Красной Армии добилась возвращения в строй свыше 70% раненых и больных.

Товарищ Сталин в своей речи на предвыборном собрании избирателей Сталинского избирательного округа Москвы 9 февраля 1946 г. говорил: «Я не сомневаюсь, что если окажем должную помощь нашим ученым, они сумеют не только догнать, но и превзойти в ближайшее время достижения науки за пределами нашей страны».

Коллектив Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова приложит все силы к тому, чтобы успешно решить эту задачу на благо своей социалистической родины.



Подполковник мед. службы В. Б. ФАРБЕР

С. П. БОТКИН — ОСНОВОПОЛОЖНИК И ОРГАНИЗАТОР ШКОЛЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАУЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

С. П. Боткин по праву является основоположником школы русской научной клинической терапии, так как только ему удалось сломить консерватизм большинства профессоров-клиницистов его времени в вопросах клинической методики исследования, внедрения в практику клиники достижений теоретической медицины и физико-химических наук.

Для того чтобы оценить необходимость создания такой школы и понять до конца историческую роль ее создателя, достаточно вспомнить уровень медицинского преподавания в Московском университете в первой половине 1850-х годов, тем более, что медицинский факультет этого университета, организованный в 1764 г., являлся самым старым научно-педагогическим медицинским учреждением России. С. П. Боткин в речи, произнесенной 1 ноября 1881 г. в Обществе русских врачей по случаю юбилея Р. Вирхова, сделал следующее заключение о состоянии тогдашней так называемой медицинской школы.

«Учившись в Московском университете с 1850 по 1855 г., я был свидетелем тогдашнего направления целой медицинской школы... Нет сомнения, что при таком направлении оканчивающих курс трудно было ждать будущих исследователей. Будущность наша уничтожалась нашей школой, которая, преподавая нам знание в форме катехизисных истин, не возбуждала в нас той пытливости, которая обуславливает дальнейшее развитие». Н. А. Белоголовый, занимавшийся вместе с С. П. Боткиным в Московском университете, в своих «Воспоминаниях» дает аналогичное заключение о своей alma mater.

«Тяжелое время застоя, неприязнь правительства к рассадникам

высшего образования и насильственное разобщение их со всемирной наукой — все эти условия, какими отличалась описываемая эпоха, не могли благоприятствовать надлежащему у нас росту и процветанию науки и порождали и в Московском университете много темных и печальных сторон, которые выражались несоответствием большинства профессоров своему высокому назначению...».

Учитель С. П. Боткина и И. Сеченова по терапии профессор Московского университета Н. С. Топоров публично называл аускультацию и перкуссию «шарлатанскими методами». Он питал неприязнь к термометрии и микроскопии.

Проф. Овер своими знаниями со студентами не делился, если не считать тех 5—6 лекций с разбором больных, которые он читал «на своем изящном латинском языке в течение 8-месячного семестра».

Проф. Полунин упорно продолжал отстаивать гуморальную теорию Рокитанского «о кризах» даже тогда, когда сам автор отказался от нее, убежденный доводами Вирхова.

Но было бы неправильно утверждать, что под эти характеристики подходили все профессора данного периода. Напротив, и в это «невыгодное для процветания знаний время» Московский университет все же пользовался репутацией лучшего университета в России. Медицинский факультет мог гордиться именами Ф. И. Иноземцева, И. Т. Глебова, которые не уступали первоклассным профессорам других факультетов (Грановскому, Бодянскому, Кудрявцеву, Соловьеву, Леонтьеву).

Федор Иванович Иноземцев (1802—1869) безусловно оказал самое положительное влияние на мировоззрение С. П. Боткина и формирование его школы. Иноземцев был инициатором использования для преподавания городских больниц, ввел в клинику эксперимент и микроскопию, которыми с увлечением занимался до самых последних дней. Он был мастером терапии и по существу не менее талантливым терапевтом, чем хирургом. При исследовании каждого больного неизменно пользовался перкуссией и аускультацией. Сейчас, к сожалению, редко вспоминают, что Иноземцев культивировал в России принцип строгой индивидуализации в лечении, первый ввел в практику ландышевую настойку и молочную терапию. Он стремился утвердить в медицине рациональное анатомо-физиологическое направление, предостерегая от слепого перенесения результатов эксперимента в клинику. Эти передовые по тому времени мысли явились одним из источников медицинского и научного воззрения С. П. Боткина. Правда, Иноземцев не был последовательным, так как, критикуя гуморальное направление в медицине как исключаящее все остальное, он преувеличивал значение симпатической ганглиозной системы и впал в крайность, которая придала его учению догматический характер. Это последнее обстоятельство и мешало Иноземцеву создать свою школу, несмотря на его большой авторитет.

Боткин взял от Иноземцева его метод тонкой индивидуализации в терапии, объективной диагностики, сочетание эксперимента и клинического наблюдения, понимание болезни как материального процесса, понимание искусства врача прежде всего как знания. Боткин, уже будучи признанным руководителем русской клинической медицины, любил повторять в виде афоризма слова Иноземцева: «искусство врача есть знание, венчающее нашу науку в приложении». Однако в своей речи, произнесенной в Обществе русских врачей 1 ноября 1881 г., С. П. Боткин первый дал и критическую оценку всему наследству Ф. И. Иноземцева, показав, почему Иноземцев не мог стать одним из основоположников научной отечественной медицины и занял в ее истории лишь место талантливой наблюдателя и высокообразованного клинициста.

Имела ли какое-либо значение для успешного развития идей Боткина и его школы деятельность К. К. Зейдлица? Имела лишь постольку,

поскольку Зейдлиц подготовил благоприятную почву прежде всего в стенах Медико-хирургической академии для восприятия передовых идей в области клинической медицины. Зейдлиц, будучи одним из передовых и выдающихся педагогов своего времени, первый указал «раздельную черту между старым эмпиризмом, отживающим свой век, и фактическим рационализмом, зарождающимся из научной точности физиологического опыта».

Было бы не объективно принижать роль Зейдлица в развитии клинической медицины в России, но, не имея своей школы, не стараясь ее создать и рано уйдя из академии в отставку (1836—1846), он не имел ни непосредственного влияния на С. П. Боткина, ни решающего значения в создании его школы.

Сороковые годы прошлого столетия были отмечены рядом успехов в области естествознания и науки в целом. Это были годы поистине расцвета науки. Уже начиная с 1844 г., появляются такие крупные работы, как «Положение рабочего класса в Англии» Ф. Энгельса, «Химические письма» Либиха. В 1847 г. выходит в свет «Коммунистический манифест» К. Маркса и Ф. Энгельса. В 1859 г. в предисловии «К критике политической экономии» Маркс обосновывает свою теорию исторического материализма. К 1857 г. уже Вирхов окончательно слагает основы своей клеточной патологии. В 1859 г. выходит капитальное исследование Дарвина «О происхождении видов».

Клод Бернар начал преподавание физиологии в 1847 г. Он создал новое физиолого-экспериментальное направление, получившее право гражданства в науке. «Экспериментальная медицина не должна отрываться от клинического наблюдения, но должна возвращаться к нему лучше вооруженной» — такова основная научная концепция К. Бернара.

Вирхов обратил все свое внимание на изучение патологических процессов живого вещества. Основой этого живого вещества на место положения Гарвея «*omne vivum ex vivo*» он ставит «*omnis cellula ex cellula*». В вопросах понимания сущности жизни Вирхов был материалистом. Он установил закон преемственной наследственной связи клеток и непрерывного последовательного развития ткани; изучая развитие, он описывает «скачкообразный ход» изменений, хотя и не называет его так; дает богатый фактический материал своим учением о «гетерологии» и метаплазии. В явлениях жизни он становится на точку зрения каузальности, заявляя, что «закон причинности имеет силу и для органической природы». Однако Вирхов не был последовательным материалистом; эта непоследовательность особенно сказалась в его трактовке единства животного организма как «федерации клеточного государства». Именно эта ответственная часть учения Вирхова была подвергнута серьезной критике со стороны Энгельса, так как носила типичные черты виталистически телеологического мышления.

С. П. Боткин не только впитал в себя все эти новые идеи научной медицины XIX века, но и критически их ассимилировал и в свете своего гения и яркой индивидуальности перенес в Россию для создания самой передовой медицинской школы.

В своей лекции студентам Военно-медицинской академии (тогда — Медико-хирургической академии) в 1862 г. Боткин с предельной ясностью выразил сгедо своей системы, своего научно-педагогического направления. Эта лекция явилась программой боткинской школы и всех ее последователей.

«Чтобы избавить больного от случайностей, — говорил С. П. Боткин, — а себя от лишних угрызений совести и принести истинную пользу человечеству, неизбежный для этого путь есть путь научный, а потому в клинике вы должны научиться рациональной практической медицине, которая изучает больного человека и отыскивает средства к излечению или облегчению его страданий, а потому занимает одно

из самых почетных мест в ряду естествознания. А если практическая медицина должна быть поставлена в ряд естественных наук, то понятно, что приемы, употребляемые в практике для исследования, наблюдения и лечения больного, должны быть приемами естествоиспытателя».

Такова доктрина боткинской школы. Величайшая и первая заслуга ее заключается в том, что С. П. Боткин, по меткому выражению М. П. Кончаловского, «сбросил с медицины мантию грубого и слепого эмпиризма и поставил ее в разряд естественных наук», т. е. тем самым впервые в России создал научную клиническую медицину.

Боткин решал все клинические вопросы «приемами естествоиспытателя», пользуясь для этой цели физиологическим методом как наиболее точным и объективным критерием правильности своих предложений у постели больного.

С. П. Боткин первый в России построил при клинике образцовые в научном отношении лаборатории (общеклиническую—для студентов и физиологическую, химическую, а в 1884 г. — бактериологическую — для исследовательских целей). Из физиологической лаборатории, заведывать которой Боткин назначил с 1878 г. своего ученика И. П. Павлова, вышли все выдающиеся работы боткинской школы. Клиника оплодотворяла лабораторию; последняя проверяла и научно совершенствовала клинику. В этом отношении характерны признания самого И. П. Павлова.

«Клиника Боткина была теснейше органически связана с лабораторией. Глубокий ум его, не обольщаясь ближайшим успехом, искал ключа к великой загадке: что такое больной человек и как помочь ему — в лаборатории, в животном эксперименте». Важно отметить, что и самого И. П. Павлова клиника и ее направление так заинтересовали, что он у Боткина оставался 9 лет, вплоть до 1887 г. Неслучайно, что И. П. Павлов до последних дней своей жизни не порывал самой тесной связи с клиникой. И это понятно, так как в клинике встречаются, по выражению И. П. Павлова, «такие сочетания явлений, которые даже не пришли бы в голову современным физиологам и которые никогда не могли быть воспроизведены техническими средствами современной физиологии. Потому-то физиологу естественно желать тесного контакта с клиникой». Боткин первый в нашем отечестве заложил тот прочный фундамент, на котором по сей день зиждется и развивается союз теоретической и клинической медицины. Этот союз был духовной сущностью Боткина, «его вечно работающий мозг, — по выражению Н. Я. Чистовича, — искал постоянно ответов на рождавшиеся в нем вопросы в клинике и лаборатории, которые для него слились в одно».

Именно поэтому Боткину и его школе удалось завершить морфологический период медицины и положить начало современному физиологическому, функциональному направлению в русской медицине. Это был новый принцип — принцип установления функциональной диагностики.

Такова вторая особенность и величайшая заслуга боткинской школы. Сам Боткин и его школа развивались и совершенствовались на опыте лучших достижений русской и западноевропейской науки. Формируя свое научное мировоззрение, его школа не отгораживалась от истории медицины, от ее корифеев. Прежде чем приступить к пропаганде своих идей и излагать свое собственное учение о внутренних болезнях, С. П. Боткин в совершенстве изучил все научные направления западно-европейской медицины «из уст и рук» их создателей.

Он работал у Вирхова, К. Бернара, Траубе, Людвиг, Гоппе, Зейлера, Шерера, Шенлейна, Шкода, Сканцони, Труссо, Фрерихса, Бамбергера, Береншпрунга, Ромберга, Гебры, Бартёза, Кодемана, Арана, Бушо и др. Боткин с напряженным вниманием следил за каждым открытием мировой науки. Он был сторонником Дарвина, знал и правильно понимал его учение о происхождении видов, знал и исследования Гельмгольца, и работы Пастера, и открытия Коха.

«Физиологические письма» Писарева о необходимости строго научного подхода к жизненным явлениям нашли самый живой и горячий отклик в работе Сергея Петровича. Во всем и всегда он был и оставался натуралистом.

Боткин первый без колебаний признал решенным вопрос о бактериальном происхождении многих болезней. В этом отношении крайне интересен рассказ друга Сергея Петровича И. И. Мечникова:

«В Россию новое учение перешло из Европы, где довольно долгое время колебались признать решенным вопрос о бактериальном происхождении многих болезней. Я живо помню в 60-х годах беседы на субботних вечерах у Боткина... Боткин относился сочувственно к новому течению научной медицины».

Внимательно изучая биологические закономерности инфицированного человека, Боткин первый, руководствуясь знанием клиники, высказал гипотезу о возникновении иммунитета.

Стремление к научному совершенствованию, к контакту с передовой мировой наукой, стремление к объективному изучению не болезни, а больного человека — такова третья особенность боткинской школы.

Правда, в своей научной и практической деятельности С. П. Боткин не сумел освоить теорию познания диалектического материализма. Он не был знаком с произведениями К. Маркса и Ф. Энгельса. Не сумел он понять и оценить философские работы передового русского мыслителя Н. Г. Чернышевского.

Именно поэтому Боткин был не лишен противоречий как ученый мыслитель.

Безусловно ошибочна установка С. П. Боткина, когда он старается подвести жизнь человеческого организма под «точные математические уравнения».

В понимании болезни он, к сожалению, как и все механисты, пользуется «теорией равновесия».

Здоровье он определяет как «проявление жизни в состоянии равновесия ее отправления», а болезнь как «состояние организма с нарушением равновесия жизни». Болезнь организма проходит лишь после ликвидации нарушенного равновесия, причины же, нарушающие состояние равновесия, по мнению Боткина, находятся во внешней среде. «Понятие о болезни, — указывает он, — неразрывно связывается с ее причиной, которая исключительно и всегда обуславливается внешней средой».

Боткин не мог понять и другого, очень важного положения, что прогресс медицины как науки обуславливается не только успехами естествознания, но также и развитием общественных отношений.

Пропаганда в России марксистской теории в его время только зарождалась. Первая работа Г. В. Плеханова «Социализм и политическая борьба» была написана лишь в 1883 г. за границей и распространялась в России «группой Освобождения труда» нелегально и в крайне ограниченном количестве. А такие произведения Плеханова, как «К вопросу о развитии монистического взгляда на историю» (1895), «О материалистическом понимании истории» (1897), вышли в свет уже после смерти Боткина.

Будучи по натуре великим искателем истины, Сергей Петрович сам чувствовал замкнутость своего философского круга. И надо отдать справедливость, что он, горя огнем объективизма, умел, стихийно приближаясь к научному материализму, критиковать уравнивательные принципы механистов.

В этом отношении Боткин был выше своих западных учителей Вирхова, Траубе, К. Бернара, Шкода и многих других. Этого, между прочим, не понял проф. А. Г. Гукасян, критиковавший Боткина как последовательного механиста.

На самом деле Боткин, оставаясь сыном своего века, сумел взять и взял от своих западных учителей лишь «рациональное зерно» их учения. Боткин учился у них, но он одновременно, лучше и больше всех, видел и слабые стороны их системы и метода. Не будучи никогда догматистом, он не только видел эти слабые стороны, но и старался их преодолеть, оставаясь всегда на вершине науки самим собой, сохраняя всегда свою оригинальность. Так, например, высказывания Боткина о природе некоторых форм желтух шли вразрез с взглядами Вирхова, которые на Западе были общеприняты. История подтвердила правоту Боткина, а не Вирхова.

Боткин, отдавая должную дань К. Бернару за экспериментальную физиологию, смело критиковал его за курс патологической физиологии, про который говорил, что «последний, конечно, не без больших недостатков, ибо Бернар далеко не патолог!».

Кому не известна критика Боткиным Труссо, которого в Европе считали непревзойденным. В лице Труссо С. П. Боткин критиковал западно-европейскую медицину и ее ведущую школу за то, что она была еще «чисто эмпирической», «госпитальной» и проявляла еще большую консерватизм ко всякому новаторству.

В самый расцвет славы Труссо С. П. Боткин писал: «Удовлетворившись госпитальной диагностикой (не клинической) больного, он назначает совершенно эмпирически лечение... Вообще Труссо больше оратор, чем профессор, и еще менее ученый».

Серьезной критике подверг Боткин и школы венских клиницистов, руководители которых были лишь «хорошими практическими врачами». Характеристики, данные Боткиным по поводу «венского центра», за исключением физиолога Людвига, безусловно, справедливы. Сейчас всякий объективный историк подтвердит слова Сергея Петровича. Достаточно сказать, что даже Иозеф Шкода (1805—1881), руководитель терапевтической клиники Венского университета, автор трактата по аускультации и перкуссии, впал в самый крайний терапевтический нигилизм. Его слова о том, что «мы можем распознать, описать и понять болезнь, но мы не должны даже мечтать (!) о возможности повлиять на нее какими-либо средствами», препятствовали прогрессу клинической медицины.

Все это говорит о том, что Боткин не был только последовательным подражателем корифеев западноевропейской медицины. Нет! Он был впереди своей эпохи, умел всегда использовать все лучшее, что она могла дать. Он был выше своих западных учителей, так как сумел преодолеть их консерватизм, догматичность и создать в России подлинно научную, новую, клиническую, а не «госпитальную» медицину. В этом заключается четвертая особенность и величайшая заслуга боткинской школы.

Историческое значение С. П. Боткина, его подход к разрешению клинических задач становятся еще значительнее, если сравнить его идеи с направлением Г. А. Захарьина, современника Боткина — духовного властителя медицинского факультета Московского университета. После пристрастной, лишенной объективизма работы Н. Ф. Голубова, не выдержавшей суда истории, все дальнейшее развитие внутренней медицины в России стали рассматривать с позиций двух школ: «боткинской» и «захарьинской». Это неправильно: русская научно-клиническая школа одна, она берет свое начало от С. П. Боткина, так как все остальные направления не получили общего признания. Основная линия развития клинической медицины вплоть до наших дней пошла по боткинским указаниям. Рассматривая этот вопрос в специальной работе, О. В. Кондратович правильно пишет: «Если проследить идеологию проф. Захарьина, можно убедиться, что эти два направления действительно можно считать двумя школами, но разделенными целой

исторической эпохой». Захарьин отрицательно относился к лабораторным и инструментальным исследованиям в клинике, которые «напоминают ему печальной памяти повальное титрование, мелочное исследование мочи, ничего не давшее для практики»¹.

Захарьин говорил так, несмотря на завоевания современной ему науки! Лечение он излагал в сугубо догматической форме, ссылаясь лишь на личный опыт. Даже в своем программном докладе в заседании Московского научного физико-медицинского общества («Каломель при гипертрофическом циррозе и вообще в терапии») Захарьин сказал: «Я не имею ни малейшего намерения пускаться в праздное гипотезирование»².

Голубов, eo ipso Захарьин, критикуя научное направление школы Боткина, писал: «Нельзя признать целесообразной ту особенность многих работ, вышедших из лаборатории академической клиники (Боткина), что они часто были предприняты с целью доказать ту или другую гипотезу». Это гипотезирование, по мнению Голубова, роняет престиж «гиппократической» клиники. Но он сам вынужден был признать, «что теория и гипотеза составляют принадлежность почти исключительно петербургской школы». В этом, кстати, и заключается достоинство гиппократической клиники. Именно Гиппократ, как известно, призывал врачей к передовой науке, говоря, что «врач, овладевший философией, — подобен богам». Гиппократ, тщательно наблюдая явления у постели больного, пользовался гипотезами, одновременно проверяя их и путем доступного ему эксперимента. За это его и ценил Платон, а позже Аристотель, называя «величайшим из всех когда-либо существовавших врачей».

Следует вспомнить известную фразу Генле о значении гипотезы в научном процессе. При воспоминании о ней еще более возвеличивается фигура Боткина как создателя новой научно-медицинской школы. «Медицина, — говорит Генле, — не опираясь на гипотезу, не может сделать вперед ни одного шага. День последней гипотезы был бы и последним днем в развитии знаний».

Нужно считать установленным, как учил Ф. Энгельс, что «формой развития естествознания, поскольку оно мыслит, является гипотеза».

Борьба за научную гипотезу, органически связанную с клинической практикой, без которой был бы невозможен прогресс медицины как науки, составляет величайшую заслугу и пятую особенность боткинской школы. Именно в свете этой особенности хорошо видно, что нет никакой разницы между «новой» идеологией «школы Захарьина» и старой идеологией школы эмпириков.

Было бы конечно неправильно недооценивать значение Г. А. Захарьина и его школы в истории развития отечественной медицины. В этой истории Захарьин занимает значительное место. Он является одним из наиболее талантливых наблюдателей-эмпириков. Разработанная Захарьиным «тонкая семиотика болезни» была возведена им на грань научного совершенства, искусства и сделала его также блестящим диагностом и воспитателем многих выдающихся деятелей клинической медицины (В. Ф. Снегирев, Н. Ф. Филатов, А. Я. Кожевников и др.). Но школа Захарьина не смогла быть и не стала основной школой научной отечественной клинической медицины.

Действительный член Академии медицинских наук И. Д. Страшун так отвечает на этот вопрос:

«В этой тонкой семиотике болезни, в этой тщательной наблюдательности у постели больного, в изучении живого больного как такового... сила школы Захарьина, в полном же отказе от физико-химических и

¹ Клинические лекции Захарьина, в. II, стр. 35, 1891.

² Лекции Захарьина, в. I, стр. 102, 1891.

технических достижений, в сопротивлении введению новейших медицинских инструментов, в огульном отбрасывании эксперимента, гипотез — реакционность захарьинской школы... Вместо того, чтобы углубляться в научное обоснование подмеченных им явлений, Захарьин подымает реакционное знамя теоретического нигилизма. И не случайно в первые же месяцы после смерти Захарьина подымались голоса, были ли он человеком науки.

Многие авторы упорно подчеркивают то положение, что Боткин при обследовании больных пользовался главным образом «объективным методом», не придавая существенного значения анамнезу. Это положение явно ошибочное. Кондратович правильно писал: «Утвердилось мнение, что московская школа гордится особенно тщательным расспросом больного по сравнению с петербургской школой». Разрывали единое и делили неделимое, т. е. делали то, чего никогда в жизни не делал С. П. Боткин и чему, разумеется, не учил.

Н. Ф. Голубов, наиболее сильно критиковавший Боткина за его «поверхностное, неточное собирание анамнеза» у больных, ссылается на его печатные клинические лекции, как на доказательство вещественное и бесспорное.

Это заключение основано на одном недоразумении, возымевшем значение лишь исторической ошибки.

Прежде всего печатные лекции С. П. Боткина не отображали полностью его клинических лекций, читанных слушателям академии. Записанный первоначально В. Н. Сиротининым и Лапиным полный курс клинических лекций Боткина с подробным изложением расспроса и анамнеза больных не увидел света. По заявлению В. Н. Сиротинина, «Сергею Петровичу не пришлось его редактировать, так как лекции эти каким-то образом затерялись в бумагах покойного Н. И. Соколова».

И далее В. Н. Сиротинин дает очень важные разъяснения, которые рассеивают все упреки Голубова и его последователей и вносят полную ясность в затронутый нами вопрос.

«С. П. не желал сохранять все, что он читал, считая многое интересным и важным только для студентов, но не для печати, — вот почему печатались не все лекции и некоторые из напечатанных имеют несколько отрывочный характер, не исчерпывая предмета вполне, но останавливая внимание читателя преимущественно на самостоятельных научных гипотезах и взглядах С. П. — на том, что составляло, так сказать, оригинальный, лично ему принадлежащий вклад в науку. Упомяну об этом потому, что в русской литературе, между прочим, был сделан странный и необъяснимый для всех знавших и слушавших лекции С. П. упрек, что он не придавал большого значения расспросу больных и т. п. Вряд ли можно было придумать что-либо более несправедливое! Всякий из слышавших лекции С. П. может засвидетельствовать, как подробно и обстоятельно расспрашивал он больных, прежде чем приступить собственно к собиранию объективных данных».

Вот что говорил по этому поводу сам С. П. Боткин:

«Прежде всего устанавливают ряд субъективных ощущений, имеющих у данного больного... Затем врач приступает к собиранию объективных фактов, т. е. явлений, представляющихся самому врачу при исследовании больного. Этот порядок выгоден, но в ряде случаев этот порядок следует изменить». Иногда рациональнее предпослать объективное исследование расспросу, особенно, если речь идет о тяжелых больных.

У Боткина нет и тени пренебрежения, недооценки к расспросу и анамнезу больного. Важно не то, что будет предпослано: расспрос объективному исследованию или наоборот, важно научиться владеть этими методами, всегда сочетать их и на основании всех добытых фактов приступить «к составлению теории данного случая».

Н. Я. Чистович рассказывает в своих воспоминаниях, что каждая лекция Боткина «начиналась с расспроса больного. Расспрос длился долго и мог показаться даже слишком детальным...».

В этом отношении очень интересен и поучителен рассказ известного журналиста и филолога Р. И. Сементковского, напечатанный в «Русской старине».

Вот что писал Сементковский, не будучи медиком:

«Это было в 1871 г., я тогда сильно заболел. Мой домашний врач Д. Н. Шульговский посоветовал консилиум и привез мне Боткина.

Добросовестность знаменитого диагноста, помню, меня поразила. Что он только не проделывал со мною в течение часа: расспрашивал меня обо всех обстоятельствах моей жизни, очень интересовался моими родителями и родственниками как в восходящей, так и в боковых линиях...»

Шестая особенность боткинской школы и заключалась в умении всесторонне развить, приложить этот метод к каждому больному и построить «наиболее вероятную гипотезу по поводу каждого представившегося случая».

Заслуга Боткина заключается в том, что этот метод выдержал суд истории и стал общечеловеческим достоянием в деле подготовки медицинских кадров.

Для полной характеристики С. П. Боткина как клинициста и основоположника основной научно-терапевтической школы необходимо разобратить его взгляды на терапию.

Как известно, Боткина и его школу обвиняли больше всего именно по этому разделу клинической работы и преподавания. Говорили и писали «о терапевтическом скептицизме» и даже «нигилизме» Боткина. Так, Н. П. Васильев свидетельствует о «терапевтическом скептицизме Боткина, граничащем почти с нигилизмом, особенно в последние годы». Н. Голубов прямо указывает как известную всем аксиому: «Мы должны признать, что терапия составляет слабую сторону петербургской школы».

Даже лучший биограф и друг Сергея Петровича Н. А. Белоголовый дал неопределенное и расплывчатое описание постановки лечебного процесса в клинике и школе Боткина.

Боткин прежде всего выступал против вирховского учения «эмпирической терапии». Он всегда придавал своей терапии рациональный и научно обоснованный характер.

Правильно писал по этому поводу проф. П. Н. Николаев: «Ни один из современных нам учебников или руководств и, пожалуй, ни один лектор не уделяют так много места вопросам лечения, как это делает Боткин. В подтверждение сказанного и в связи с событиями, развернувшимися на Западе и, в частности в Англии, можно было бы особенно порекомендовать прочесть его лекции о базедовой или гревсовой болезни».

Будучи сторонником причинной терапии, Боткин ни в коей мере не отрицал и симптоматической. В противоположность Дитлю, вождю «европейского нигилизма в терапии», утверждавшему, что «можно считаться только с тем, что знаешь с начала до конца», Боткин давал правильные установки, например, в отношении «народных средств», оправдываемых многолетней практикой людей. Никто до Боткина, да пожалуй и после него, не откликнулся так энергично и своевременно на проблемы лечения, как он. И это понятно. Боткин был прежде всего терапевтом в буквальном смысле этого слова, терапевтом-гуманистом. Он всегда считал, что «конечной целью медицины является предупреждение болезней, лечение или облегчение их».

Он требовал от врача лечения больного, обоснованно вытекающего из понимания сущности болезни и патогенеза ее симптомов. Вот почему

Боткин и его школа проявили инициативу в научной разработке терапии почти во всех разделах внутренней медицины. Но вместе с тем, проводя невиданные по масштабу для любой клиники Европы фармакологические эксперименты, Боткин никогда не забывал и необходимости бережного, осторожного отношения к больному.

Особенно тщательно разработан боткинской школой раздел терапии, касающийся патологии сердечно-сосудистой системы. Работами из этой области впервые установлены дозировки, показания и противопоказания в отношении многих препаратов. Все эти исследования, благодаря известной плановости и строгой последовательности, увенчались блестящим успехом.

В терапевтическую практику были введены такие средства, как атропин (С. П. Боткин, 1861, Д. Кошлаков, 1862), дигиталин (Н. Виноградов, 1861), фовлеров раствор (Н. Соколов, В. Дроздов, 1874), горицвет, адонис (Н. Бубнов, 1879), ландыш (Н. Богоявленский, Н. Симановский, 1881), лимоннокислый кофеин (И. Забелин, 1861, Д. Кошлаков, 1862), лобелин (С. Афанасьев, 1886), экстракт чемерицы (Н. Чистович, 1886), серноокислый спартеин (Т. Павлов, 1888), апоцин (Д. Соколов, 1888), экстракт grindелии (В. Доброклонский, 1884), соли калия (В. Сиротин, 1885), соли рубия и цезия (С. С. Боткин, 1888), молоко (Т. Руденко, 1886), иод (А. Смирнов, 1884).

Чтобы подчеркнуть серьезность этих работ, достаточно сказать, что в основном они диссертационные. «Эти работы, — писал М. Д. Тушинский, — ввели в терапию человека адонис и ландыш, установили показания и дозировку. Это — бесспорная заслуга Боткина и его школы».

С. П. Боткин научно разрабатывал и ввел в клинику оксигенотерапию заболеваний легких и бронхов (А. Солдатов), при неукротимых рвотах беременных (Ю. Чудновский, 1871), при заболеваниях нервной системы, сопровождающихся, в частности, прогрессивным расстройством координации движений (П. Успенский, 1871). Школа Боткина впервые разработала вопросы об угнетающем действии на нервную систему натриевых солей (М. Яновский, 1883), о влиянии щелочных средств на состав желчи (С. Кликович, С. Левашев, 1881), об угнетающем влиянии на отделение желудочного сока атропина, морфина, хлоралгидрата (А. Нечаев, 1881), о значении высоких и низких температур для деятельности сердечно-сосудистой системы (Н. Виноградов, 1861, А. Киреев, 1861).

Учениками Боткина тщательно разработана фармакология гидробромистого хинина (Л. Тумас, 1883), антипирина (И. Завадовский, 1886), пикротоксина и нитропикротоксина (П. Полубинский, 1872), висмута (П. Стефанович, 1869, И. Лебедев, 1869, РОКК, 1870), атропина, датурина и гиосциамин (А. Полотебнов, 1866), физостигмина (В. Лашкевич, 1865), переокси бария и азотнокислого барита (Э. Фаренгольд, 1872), спорыньи (Н. Успенский, 1864), солей калия, натрия, лития (Ф. Подкопаев, 1865, Н. Никаноров, 1882).

С. П. Боткин внес неопределимый вклад не только в русскую, но и в мировую терапию, предложив кровопускания при кардио-пульмональной недостаточности. В этом отношении большого внимания заслуживают блестящие работы Ю. Чудновского (1867—1869). Школа Боткина дала наиболее полноценный ответ и по этому вопросу.

Указав на большое значение распада тканей в генезе лихорадки, Боткин первый из всех клиницистов наметил путь к разработке неспецифической, раздражающей терапии. Его ученики явились пионерами в научной апробации этого нового вида лечения. В этом отношении незабываема диссертационная работа Н. Голубева «О впрыскивании под кожу мокрот и гнилых жидкостей» (1869).

С. П. Боткин первый высказал «путеводную мысль» о купирующей

терапии и наметил в общем виде учение о специфическом лечении, т. е. вакцинотерапии.

За время заведывания Боткиным клиникой академической терапии (за 28 лет) в Военно-медицинской академии он сам и его ученики написали более ста работ, посвященных только проблеме лечения, из которых 40 стали диссертациями на соискание научной степени доктора медицинских наук. Этот факт весьма знаменателен. Если посмотреть список работ в хронологическом порядке, то для всякого историка медицины станет очевидным, что ни одна из западноевропейских школ, современных Боткину, не дала такого количества открытий и исследований в области лечения.

Несомненной заслугой Боткина является и то, что он еще в 1867 г. заявил: «Вопрос о предупреждении развития болезни принадлежит отдельной медицинской науке — гигиене».

Следовательно, боткинская школа установила новые пути в развитии учения о предупреждении и лечении болезней. Она видела в этом главную и решающую задачу научной медицины. Путем последовательных и больших научных изысканий боткинская школа стремилась расширить рамки терапевтических возможностей, разработала и усовершенствовала принципы этиопатогенетической, функциональной, все-сторонне индивидуализированной терапии (антропотерапии).

В этом заключается седьмая особенность и заслуга боткинской школы. Но величие Боткина в полной мере сказалось в том, что он первый из русских клиницистов ценой упорного труда и большого искусства выпестовал самую большую и передовую научную школу, создавшую славу не только кафедре факультетской терапии Военно-медицинской академии, но всей отечественной медицине. Можно сказать без преувеличения, что никто из западноевропейских современников Боткина такой школы не имел.

За 28 лет из клиники факультетской терапии, руководимой Г. П. Боткиным, вышло 420 научных работ, из которых 87 явились докторскими диссертациями. Сергею Петровичу при жизни удалось показать всю мощь научного потенциала своей школы. Из 106 учеников Боткина, не считая прикомандированных и больших врачей, 46 заняли профессорские кафедры в Военно-медицинской академии, в психоневрологическом, в 1-м женском медицинском институте, в Институте для усовершенствования врачей, в Институте экспериментальной медицины в Петербурге, в Казанском, Одесском, Юрьевском, Варшавском, Харьковском и Киевском медицинских институтах. Из них 28 человек получили различные терапевтические кафедры. Они стали гордостью нашей внутренней медицины и вошли навсегда в ее историю. К этим выдающимся профессорам-терапевтам относятся: Д. И. Кошляков, В. А. Манассеин, Ю. Т. Чудновский, М. В. Яновский, Л. В. Попов, С. С. Боткин, Н. Я. Чистович, М. М. Волков, А. А. Нечаев, Я. Я. Стольников, Н. А. Виноградов, С. В. Левашев и др.

В клинике Боткина были воспитаны не только терапевты, но и специалисты по другим отраслям медицинских знаний. Многие из них в дальнейшем стали великими или ведущими учеными нашей страны. Боткинские ученики в дальнейшем возглавили ряд кафедр: по физиологии — И. П. Павлов, К. В. Ворошилов, анатомии — Н. А. Батуев, химии — Ф. И. Лазаренко, физиологической химии — Т. И. Богомолов, Ф. И. Лазаренко, фармакологии — О. В. Забелин, А. И. Тумас, общей патологии — Н. Г. Ушинский, С. М. Лукьянов, истории медицины — П. В. Модестов. Из клиники Боткина отпочковались самостоятельные кафедры, ставшие вскоре авторитетными не только в Военно-медицинской академии, но и далеко за ее пределами. Их возглавили также ученики Боткина. К этим кафедрам относятся: кафедра дерматологии и сифилидологии (А. Г. Полотебнов, Т. П. Павлов), ото-риноларинго-

логии (Н. П. Симановский, А. Ф. Пруссак, Д. И. Кошляков, Верховский), общей патологии, бактериологии с учением о заразных болезнях (С. С. Боткин, Н. Я. Чистович). Необходимо отметить, что основанием для учреждения самостоятельной кафедры бактериологии послужила бактериологическая лаборатория, организованная С. П. Боткиным в клинике факультетской терапии в 1884 г.

Из всего этого вытекает очевидный и ясный вывод. Боткин является не только основоположником отечественной внутренней медицины, создателем основной школы терапевтов, но и организатором научной клинической медицины вообще. Историческая роль его школы не исчерпывается только этим великим делом. Она сумела дать прекрасные кадры и для решающего развития теоретической медицины и тем самым приобрела значение единой научно-медицинской школы.

Имя Боткина можно и должно поставить рядом с именами Н. И. Пирогова и И. П. Павлова. Вспомним по этому поводу слова проф. П. Н. Николаева: «Можно спросить, где тот ученый, где та кафедра, которые сумели создать на протяжении 28 лет — время самостоятельного руководства Боткиным академической терапевтической клиникой Медико-хирургической академии — такое количество ученых специалистов и выдающихся профессоров клинической и теоретической медицины?»

Таким ученым является лишь И. П. Павлов, соратник и в известной мере, как он сам говорит, ученик С. П. Боткина. Но эпоха, но время, но возможности и масштабы работы, особенно в советский период жизни И. П. Павлова, были уже другие, не говоря о том, что его творческая научная деятельность продолжалась ровно в два раза дольше, чем деятельность Боткина: С. П. Боткину было лишь 57 лет, когда он умер».

Невольно возникает вопрос: как мог С. П. Боткин создать такую сильную школу, в чем был «секрет» его успехов в деле воспитания и выдвижения руководящих врачебных кадров? Какими основными принципами руководствовался Боткин, работая со своими учениками в клинике и вне ее?

Прежде всего Боткин, будучи выдающимся педагогом, умел привить исключительный интерес к своему предмету, выделяя еще со студенческой скамьи наиболее способных людей, «преданных медицинской науке не на словах, а на деле». Он следил лично и требовал от своих помощников, чтобы они его точно информировали об успехах студентов (занимающихся у него на кафедре). Он открывал широко двери своей кафедры для студентов академии, предоставляя им все возможности для углубленной работы у постели больных и в лаборатории. Даже в воскресные дни кафедра была открыта для всех желающих в ней работать. Занятия поручались ближайшим помощникам Сергея Петровича: И. П. Павлову, Д. И. Кошлякову, В. Т. Покровскому, П. И. Успенскому, А. Ф. Пруссаку, А. Г. Полотебнову, Ю. Т. Чудновскому, Н. И. Соколову, Н. А. Бубнову, М. В. Яновскому, В. Н. Сиротину.

А. Сталь так рассказывает об этих студенческих занятиях: «Клиника, привлекая к себе наибольшее число слушателей 4 курса, побуждала их всецело посвятить себя изучению внутренних болезней и, благодаря своему строю, внушала учащейся молодежи определенные взгляды на научные вопросы медицины и принципы врачебной этики...»

В каждом своем ученике Боткин старался развить инициативу в исследовательской работе и веру в свои силы и возможности. Самым верным средством в достижении успеха Боткин считал трудолюбие — оно было правилом школы.

Темы для работ Сергей Петрович давал в общей форме, давал лишь идею, предоставляя уже самому ученику разобраться в ней и попытаться ее разработать.

Все свои распоряжения Боткин проверял очень строго. Требовательность была его основной чертой как воспитателя и руководителя.

В клинике господствовала самая строгая дисциплина. К моменту прибытия Боткина на кафедру все врачи собирались в его кабинет и ждали распоряжений или указаний. Войдя в кабинет, Сергей Петрович обходил всех, затем выслушивал подробный доклад обо всем, что случилось в его отсутствие. На его лекциях, обходах, разборах должны были присутствовать все. В то же время он заставлял отличать службу от дружбы и никогда не смешивать этих двух понятий. А дружбу Боткин любил и чтит ее искренний культ. На крепкой дружбе он строил все взаимоотношения своего коллектива в клинике, а коллектив этот он считал своей родной семьей.

Боткин умел и любил пропагандировать идеи и научные труды своей школы. Он не боялся своих учеников, как бы они талантливы ни были, он всегда поощрял их научный рост, не жалел для этого ни сил, ни средств и во-время выдвигал их на самостоятельную работу. Он не давал никому «пересиживать свое время». Развивал именно ту склонность, которая проявлялась у самого ученика.

Боткин организовал такие превосходные печатные органы, как «Архив клиники внутренних болезней» (1867—1889), «Еженедельная клиническая газета» (выходила с 1881 по 1889 г. под редакцией Боткина). С 1871 г. выпускался так же «Эпидемиологический листок». Эти печатные органы предоставлялись для публикации работ учеников Боткина. Все диссертации боткинской школы были напечатаны в «Архиве», который С. П. Боткин лично и финансировал. Вот в чем «секрет» успеха Боткина! Вот почему школа Боткина смогла стать и стала основной школой научной медицины России, определившей все дальнейшее развитие отечественной внутренней медицины. В этом заключается последняя особенность и величайшая заслуга боткинской школы.

Академик Н. Д. Стражеско так писал по этому поводу: «Накануне революции внутренняя медицина находилась главным образом под влиянием взглядов петроградской школы Боткина, введшего ее в круг естественных наук и поставившего перед ней научно-исследовательские задачи...». М. В. Черноруцкий называет школу Боткина главной школой русских терапевтов. В своей работе к «К 50-летию со дня смерти С. П. Боткина» он четко подчеркнул эту мысль: «С. П. Боткин является основоположником современной клиники внутренних болезней и главой крупнейшей школы русских терапевтов»¹.

И. И. Мечников, подводя итоги развития внутренней медицины России за XIX столетие, сказал: «Боткин явился основателем обширной школы русских клиницистов и влияние его сохранится на все времена».

Трудно прибавить что-либо к этим словам!



¹ Советский врачебный журнал, № 4, стр. 248, 1940.

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ МЫСЛЬ В ВОПРОСАХ УТОМЛЕНИЯ

С. П. Боткин в 1863 г. обратился к руководству Медико-хирургической академии со следующими словами: «Военный врач настолько должен быть хирургом и терапевтом, насколько он должен быть натуралистом, ибо без хорошего знания естественных наук не может быть разумной гигиены солдат».

Наш век характеризуется стремительным бегом научной медицинской мысли, вносящим коренные изменения в только что, казалось, установившиеся представления. И нам приходится напрягать свой ум, чтобы поспевать за этими изменениями и быть на уровне современной науки, если мы желаем быть полноценными специалистами.

Изучение эволюции научной мысли в процессе накопления фактического материала и становления наших знаний является необходимым условием полноты наших представлений по каждому частному вопросу и могучим стимулом дальнейшего прогресса.

Этого принципа я придерживаюсь в преподавании. Этот принцип я положил и в основу настоящей статьи.

Вопрос о генезе утомления издавна волнует физиологов и служит предметом многочисленных исследований и исканий. И это не случайно, поскольку от правильного понимания природы утомления зависят основные линии борьбы с ним.

С фактором человеческого утомления издавна приходится считаться в военном деле при оперативно-тактических расчетах передвижения и группировки войск.

С позиций военной медицины утомление является отрицательным фактором, который может осложнить течение боевых травм. А боевая травма тем и отличается от травмы мирного времени, что физический фактор, ее вызывающий, может встретить в организме такую обстановку, упасть на такой фон, с которым в практике мирного времени мы сталкиваемся реже. Еще до ранения боец мог быть утомлен, подвергаться действию охлаждения, сильнейших звуковых и механических эффектов, испытывать сильнейшие эмоции. Вегетативная и особенно симпатическая нервная система была резко возбуждена. В кровоток были выброшены в значительных количествах адреналин и питуитрин. Уровень функционального напряжения мозговых корковых клеток был высоким. Конечный же эффект действия любого раздражителя зависит не только от характера и интенсивности раздражителя, но и от функционального состояния организма.

Утомление может нарушить тонкость и слаженность в работе терморегуляторного аппарата, к которому в армии, особенно в боевых условиях, предъявляются весьма высокие требования. В утомленном состоянии организм легче подвергается как общему, так и локальным охлаждениям: вазомоторные рефлексы на действие холодных раздражителей могут извращаться, вместо обычных сосудистых реакций получают парадоксальные, сопровождающиеся резким усилением теплопотери с поверхности тела.

Стало быть, для военной медицины разработка проблемы утомления имеет свой специальный интерес.

Уже первое поколение отечественных физиологов в попытках подойти к анализу явлений утомления избирает свой самостоятельный путь, руководствуясь идеями «невризма», столь характерными для передовых русских медицинских школ второй половины прошлого века (С. П. Боткин).

Для того чтобы отчетливо представить себе оригинальность русской физиологической мысли, определившей направление исследовательской работы по проблеме утомления, необходимо напомнить о тех теоретических концепциях, которые к тому времени сложились по вопросам утомления на Западе.

Рассматривая физиологический процесс как аналогичный работе машины, на вопрос, от чего зависит утомление, давали простой и, как казалось тогда, ясный ответ: утомление есть результат истощения тех ресурсов, за счет которых производится работа. Таково одно из старых классических представлений о природе утомления, защищавшееся Шиффом. Не подлежит никакому сомнению, что всякая работа производится ценою траты тех или иных ресурсов. Но творцы и последователи этой теории не смогли представить убедительных доказательств, с указанием, какие именно ресурсы и до каких пределов истощаются. А знания по химической динамике мышечного сокращения в ту пору были весьма ограничены, и во всяком случае, тогда неизвестна была чрезвычайная бережливость в тратах органического материала при работе мышц, основанная на высокой обратимости обменных процессов в мышечной ткани. Когда же творцы теории истощения как причины утомления переносили свои представления с изолированной мышцы на целый организм, они впадали в многочисленные противоречия с фактами, которые не могли объяснить.

В результате возникли новые попытки определить природу утомления. Одна из этих гипотез определяет утомление как результат кислородного голодания органа (Ферворн). Ресурсы при утомлении не истощаются, но нарушается должное их использование, вследствие затруднений в доставке к работающим органам кислорода, вследствие кислородной блокады, ведущей к нарушениям процессов клеточного дыхания.

Так как эта теория была более умозрительной, чем построенная на какой-либо прочной экспериментальной базе, она не имела широкого круга последователей.

Значительно прочнее утвердилось другое понимание природы утомления, связанное с именем Эдуарда Пфлюгера. Еще Гельмгольц в ранней своей работе нашел, что в утомленной мышце накапливаются вещества, растворимые в спирту. Несколько позднее Дюбуа Реймонд обнаружил, что в утомленной мышце реакция сдвигается в кислую сторону. Уже эти наблюдения навели научную мысль на определенный путь в разъяснении картины утомления. Если накапливаются какие-то вещества и изменяется реакция, то, повидимому, эти вещества при известном накоплении могут быть причиной нарушения нормальной работы мышцы. Таков был ход рассуждений. Эксперимент Ранке дал такому логическому построению новый устой. Утомленную изолированную мышцу лягушки, впавшую в контрактуру, тщательно промывали физиологическим раствором. Эффектом было восстановление ее работоспособности. Ясно, рассуждали физиологи, что по мере накопления метаболитов скорость метаболизма все более и более замедляется, но стоит удалить, отмыть избыточное количество метаболитов, и орган возобновляет свой жизненный марш. Отсюда был сделан вывод, что при утомлении накапливаются продукты распада, их устранение ведет к ликвидации утомления.

В дальнейшем делались попытки перенести такое толкование на целый организм и представить утомление как результат нарушения нормального течения обмена веществ. В этом отношении большую роль сыграли работы итальянского физиолога Моссо, продемонстрированные им в конце прошлого века на Международном конгрессе физиологов в Берлине. С этого момента внимание исследователей сосредоточилось на поисках токсинов утомления. На этом пути было сделано много оши-

бок, имеющих теперь только исторический интерес. Особенное значение придавали молочной кислоте, которую стали рассматривать как фактор утомления. Теперь-то нам известно, что при кратковременных острых мышечных напряжениях молочная кислота может играть некоторую роль в развитии явлений утомления, но совершенно необоснованным было перенесение такого представления на все случаи мышечной деятельности. При длительных физических напряжениях (например, марш) утомление может быть ярко выражено при неизменном уровне молочной кислоты в крови.

Изменения в течении метаболизма, связанные с работой, могут иметь значение для функциональной деятельности организма, но в них нельзя видеть исключительную причину утомления.

Наши отечественные физиологи не оказались в плену господствовавших тогда теоретических представлений Шиффа, Ферворна, Пфлюгера, казавшихся современникам вовсе не такими односторонними, как нам, а шаг за шагом накапливали факты, которые отводили доминирующее значение в генезе утомления нарушениям в деятельности нервных аппаратов регуляции, обеспечивающих нормальное, слаженное течение физиологических процессов.

Анализ феномена утомления был начат в отечественной физиологии также со сравнительно простых структур, с нервно-мышечного препарата, но направлялся он с других идейных позиций. Остановимся прежде всего на исследованиях Н. Е. Введенского, которые по праву могут быть названы классическими. Н. Е. Введенский принадлежал к тому направлению в физиологии, которое утверждало, что путь движения к познанию интегральных функций организма лежит через познание механизма простых приборов, и Введенский имел право перед смертью заявить о себе: «Ведь можно сказать, что вся моя жизнь прошла в обществe нервно-мышечного препарата». В триаде нерв — мионевральная связь — мышца Н. Е. Введенский опытным путем стремился выявить относительную уязвимость к утомлению отдельных составляющих звеньев. Для исследования вопроса об утомляемости нерва Н. Е. Введенский в 1884 г. применил метод длительного, до 6 часов, непрерывного раздражения двигательного нерва прерывистым индукционным током. Для суждения о том, изменяются ли в этих условиях основные функциональные свойства нервного проводника, он искусственно создавал на дистальном, ближайшем к мышце отрезке нерва, преграду — блок для проведения нервных импульсов к мышце. Для создания такого блока Н. Е. Введенский применял поляризацию этого участка нерва постоянным током (метод минимальной поляризации). Выключая зрeмя от времени постоянный ток, он тем самым устраивал блок непродоводимости к мышце, нервные импульсы могли при этом достичь мышцы, и ее сокращения могли быть индикатором функционального состояния нерва (рис. 1).

В таких условиях эксперимента двигательный нерв и при очень продолжительной деятельности не обнаруживал признаков утомления. Баудич (Bowditch) подтвердил выводы Н. Е. Введенского о практической неутомляемости двигательных нервов другим способом. Экспериментируя на теплокровных (кошках), он блокировал проводимость нервных импульсов к мышцам, отравляя животных ядом кураре (умеренными дозами). При этом можно было раздражать непрерывно двигательные нервы часами без видимого эффекта. Однако, как только начинало проходить отравление (через 2—3 часа), оказывалось, что двигательные нервы не утратили своей возбудимости и проводимости, так как мышцы начинали энергично сокращаться.

Н. Е. Введенский со своей стороны, чтобы усилить достоверность полученных им фактов, продолжал разработку этого вопроса в других экспериментальных вариациях. Гальванометрическими и телефониче-

скими опытами над нервами собак была установлена неустойчивость нервов, даже иссеченных у теплокровных, у холоднокровных тетаническое раздражение после продолжительного действия на одном участке нерва переносилось на новое место. Эта модификация давала прежние результаты.

Машек, повторивший опыты Н. Е. Введенского в лаборатории Геринга, поддерживал тетанизацию нерва в течение 12 часов и тоже не нашел в нерве признаков утомления. К таким же результатам пришли при 12-часовой тетанизации нерва Эднс, Броди и Галлибертон. Позднее Н. Е. Введенский доказал практическую неустойчивость также стволов чувствительных нервов.

Более поздние исследования, произведенные ближе к нашему времени, с использованием более совершенной и тонкой электрофизиоло-

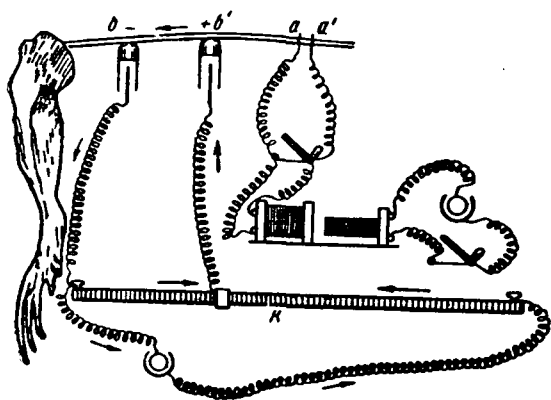


Рис. 1. Схематическое изображение опыта сравнительной неустойчивости нерва

гической методики, обнаружили, что при длительной тетанизации нерва происходят, однако, некоторые изменения в его функциональном состоянии, не вскрытые в исследованиях Н. Е. Введенского, а именно замедляется скорость проведения возбуждения, удлиняется рефрактерная фаза, понижается возбудимость (Воронцов), уменьшаются токи действия (Тигерштедт, Беритов).

Это противоречие между новыми и старыми данными объяснено Эрлянгером, Гасскром и Бишопом, которые показали, что нервный ствол есть комплекс волокон с различными морфологическими и функциональными свойствами. Одни волокна — более толстые — являются более возбудимыми и быстрее проводят возбуждение, другие — более тонкие, наоборот, имеют меньшую возбудимость, меньшую скорость проведения. Так что, когда нерв длительно раздражается, то возбудимость одних волокон падает ниже порога раздражения раньше, у других позже. В результате часть волокон отдыхает, пока функционируют другие. Таким образом, в основе малой утомляемости нервных проводников лежит посменная деятельность нервных волокон, их составляющих.

Следующим шагом было признание, что наиболее уязвимым и сравнительно быстро утомляющимся прибором в нервно-мышечном препарате является мионевральная передача. Мышцы при непрямом раздражении утомляются гораздо быстрее, чем при прямом. Латентный период мышечного сокращения с нерва при утомлении значительно удлиняется и в основном за счет переходной области, так как при прямом раздражении он изменяется мало.

С 1890—1891 г. особенное внимание Н. Е. Введенского привлекал вставочный элемент между нервом и мышцей. С присущей ему прозорливостью Введенский приписывал периферическому синапсу особую роль в проведении импульсов возбуждения. Уже тогда Н. Е. Введенский сближал роль синапса в периферическом нервно-мышечном приборе с ролью интрацентральных синапсов в рефлекторной дуге. «Нервные окончания — да чем же это вам не центры?» — говорил он своему ученику А. А. Ухтомскому. В этих теоретических концепциях были значительно предвосхищены аналогичные построения, позже высказанные кембриджской физиологической школой.

Но каким путем установить, как протекает нервный процесс в мио-невральной передаче, есть ли тут какие-нибудь особенности? Наводящими фактами были ритмы токов действия в мышцах при прямом и непрямом их раздражении. Тут и оказалось, что мышца сама по себе при непосредственном ее раздражении способна воспроизводить ритм раздражения в виде ритмических токов действия до 200—250 колебаний в секунду, трансформируя его в более редкий ритм по мере утомления. Нерв способен воспроизводить ритмические раздражения до 500 в секунду, а ритм в 200—250 может воспроизводить многими часами.

При таком построении эксперимента обнаружилось, что при раздражении мышцы с нерва она способна воспроизводить предельный ритм всего до 120 колебаний в секунду и довольно скоро трансформирует его в более редкий ритм. Это значит, что в периферическом синапсе нервные импульсы проводятся своеобразно. Н. Е. Введенский и пришел к идее, что судьба проведения ритмических волн возбуждения в нервно-мышечном приборе зависит от функциональной подвижности или лабильности составляющих его звеньев. Чем быстрее ускокаивается физиологический прибор после приступа возбуждения, тем он подвижнее, лабильнее, тем большее количество импульсов он в состоянии провести. По мере падения лабильности прибор может проводить все более редкие ритмы импульсов. Стало быть, уже в норме периферический синапс обладает меньшей функциональной подвижностью, чем мышца и особенно нерв.

Таким образом, анализ явлений утомления на нервно-мышечном препарате позволил прийти к выводу, что наиболее подержанным звеном в этом приборе является не мышца как рабочий исполнительный орган, и ни нерв как проводник возбуждения, а синапс, вставочный элемент между ними. Если учесть, что Н. Е. Введенский в какой-то мере сближал периферические и интрацентральные синапсы по их способности к проведению импульсов возбуждения, то сделанные на сравнительно простых структурах выводы, естественно, намечали новые группы исследований уже в условиях более сложных зависимостей.

Примерно в тот же период над проблемой утомления работал другой ученик И. М. Сеченова — проф. Военно-медицинской академии И. Р. Тарханов.

И. Р. Тарханов пытался подойти к анализу феномена утомления с другого конца, со стороны самых сложных интегральных взаимоотношений у человека. Он прекрасно давал себе отчет в трудностях решения проблемы. «Дело касается сложных явлений, в которых различные причины действуют одновременно и могут производить противоположные эффекты. Механизмы, участвующие в действии, так интимно связаны и сплетены между собой, что невозможно заставить их действовать отдельно, чтобы узнать то участие, которое выпадает на долю каждого звена в нервно-мышечном механизме в деле наступления мышечной усталости».

Из лаборатории Тарханова в начале 90-х годов прошлого столетия вышли две диссертации: Б. О. Богуславского «Кривая мышечной усталости у человека под влиянием разных условий» (1891)

и П. А. Копонасевича «Дальнейшие материалы к физиологии мышечной усталости у человека» (1892).

В первой диссертации подтверждается известный в то время факт, что когда, вследствие утомления, произвольный подъем груза на эргографе становится невозможным и волевые сокращения прекращаются, можно путем электрического раздражения двигательного нерва снова вызвать сокращения мышц с подъемом груза. Это означает, что в целом организме утомление имеет не столько периферическое, как центральное происхождение. Периферический двигательный аппарат как исполнительный орган в условиях нормального кровообращения подвержен утомлению значительно меньше, чем центральные нервные аппараты, регулирующие и координирующие работу всех физиологических систем и организма в целом.

Вторая диссертация сообщает об очень интересных фактах влияний на эргографические кривые у человека афферентной сигнализации со стороны ряда рецепторных приборов: 1) когда эргографические записи велись в темноте, свет подымал высоты мышечных сокращений; 2) прохладная вода 10—25° в форме обтираний содействует снятию наступившего утомления и возобновлению подъема груза на эргографе; 3) массажирование свободной неработающей руки оказывало резкое влияние на кривую мышечных сокращений другой руки.

В связи с этим описана одна из лекционных демонстраций И. Р. Тарханова: «Демонстрируя студентам эргограф Моссо, профессор предложил сесть за эргограф студенту Степанову. Когда мышцы правой руки, производившей работу, утомились и на барабане получилась прямая линия, начали массировать левую руку и, к удивлению аудитории, сию же минуту начались волевые мышечные сокращения уставшей правой руки».

Таким образом, в лаборатории И. Р. Тарханова были получены прекрасные доказательства роли афферентной сигнализации с тактильных и проприоцептивных рецепторов в стимулировании активности периферических афферекторов, доказательства, имеющие теоретический и практический интерес. «Без участия центральной нервной системы все эти факты объяснить нельзя» (Копонасевич).

Эти эффекты, возможно, представляют собой реакции, протекающие по принципу доминанты, установленному позднее Ухтомским, когда возбуждение, рождаемое раздражением, имеет тенденцию направляться к центрам наиболее деятельным, легко отзывающимся на дальние волны и легко их суммирующим.

В настоящее время после блестящих классических исследований акад. Л. А. Орбели об адаптационно-трофической роли вегетативной нервной системы имеется достаточно оснований полагать, что сигнализация с периферических рецепторов в этих случаях в конечном итоге переадресовывается к высшим вегетативным центрам, в результате чего происходят адаптационно-трофические перестройки в организме, ведущие к снятию утомления и настройке на новый функциональный уровень работоспособности. В целом организме ликвидация утомления не столько результат непосредственных адаптационно-трофических влияний на периферические органы, как результат таких влияний на центральную нервную систему, в том числе на ее высший отдел — кору головного мозга.

В этом же аспекте особый интерес вызывает последняя лабораторная работа отца русской физиологии И. М. Сеченова «Влияние раздражения чувствующих нервов на мышечную работу», посвященная вопросам утомления и борьбы с ним. В 1902—1903 гг., будучи в возрасте 73 лет, И. М. Сеченов поставил физиологический эксперимент на самом себе. Он искал наиболее выгодные для движения руки темп и нагрузку, при которых была бы возможна непрерывная работа на эргографе

в течение нескольких часов без утомления. При этом он руководился аналогией с дыхательными движениями. Он остановился на 20 подъемах в минуту при нагрузке 1,4 кг. Упражнение дало возможность производить работу без утомления до 4 часов (4 800 подъемов).

В дальнейшем И. М. Сеченов поставил перед собой другую задачу: установить наиболее выгодные способы отдыха для ликвидации утомления. Снова он произвел эксперимент на самом себе на специально сконструированном эргографе: груз — 3,4 кг, ритм — 20 подъемов в минуту. Он сравнивает на утомленной руке результаты двух влияний — простого, пассивного стдыха и отдыха той же продолжительности, но активного, связанного с работой другой руки, и пришел к неожиданному результату: наиболее действенным оказался не временный покой работающей руки, а покой, даже более кратковременный, но связанный с работой другой руки (рис. 2).

Обнаружив это явление, Сеченов высказал предположение, что причиной сравнительно быстрого снятия утомления являются «ощущения, сопровождающие движения другой руки». С целью проверки этого положения он использовал два новых варианта: во-первых, испытывал влияние на восстановление работоспособности утомленной подъемами груза руки отдыха, сочетанного с движениями ноги, и, во-вторых, испытывал эффективность легкой тетанизации кожи неработающей руки.

Оба способа дают положительный эффект в смысле прироста работоспособности (рис. 3 и 4).

Таким образом, И. М. Сеченов в простой и отчетливой форме выявил ведущую роль центральной нервной системы в развитии и устранении явлений утомления. Перекликаясь с исследованиями, вышедшими из лаборатории его ученика И. Р. Тарханова, И. М. Сеченов в другой вариации эксперимента подчеркнул роль сигнализации с проприоцептивных и кожных рецепторов для стимулирования работоспособности. Помимо теоретического интереса, эти исследования И. М. Сеченова имеют и практическое значение, подчеркивая значимость темпа, нагрузки и активного отдыха в борьбе с утомлением. Блестящий экспериментатор, выдающийся теоретик и мыслитель, первый в мире установивший присутствие торможения в центральной нервной системе — процесса, играющего важнейшую роль во всяком координационном акте, И. М. Сеченов дал выдающиеся образцы синтеза теории с практикой. Его последние научные поиски, предпринятые незадолго до смерти, получили дальнейшее развитие в трудах советских физиологов.

По отношению к этим опытам И. М. Сеченова и И. Р. Тарханова, которые привели к современному пониманию важной роли афферентной сигнализации — *experimentum crucis* является известный эксперимент Л. А. Орбели и К. И. Кунстман с устранением поступления потока проприоцептивных импульсов в спинной мозг с деафферентацией конеч-

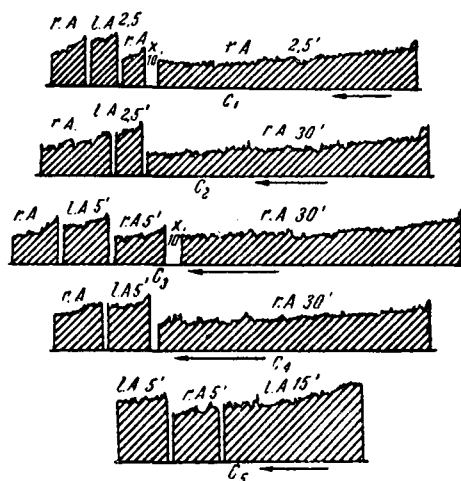


Рис. 2. Действие на утомленную руку пассивного и активного отдыха
Условные обозначения: *rA* — работа правой руки; *LA* — работа левой руки; *x* — пассивный отдых

ности собаки. При этом координационные отношения в центральной нервной системе резко нарушались.

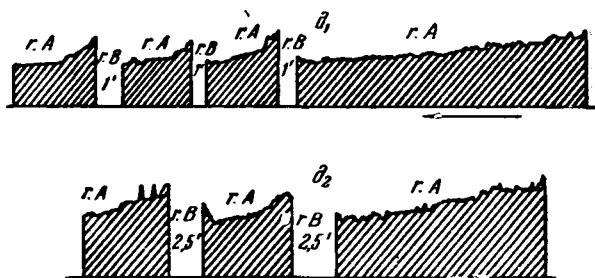


Рис. 3. Действие на утомленную руку пассивного и активного отдыха
Условные обозначения: *rA* — работа правой руки; *rB* — работа правой ноги; *rB* — работа левой ноги

Следующий вопрос, получивший разрешение в исследованиях отечественных физиологов, — об относительной устойчивости к утомлению различных звеньев рефлекторного пути. Н. Е. Введенский, сближавший периферические синапсы с интрацентральными, предпринял исследования (1906—1912), позволившие установить, что утомлению более

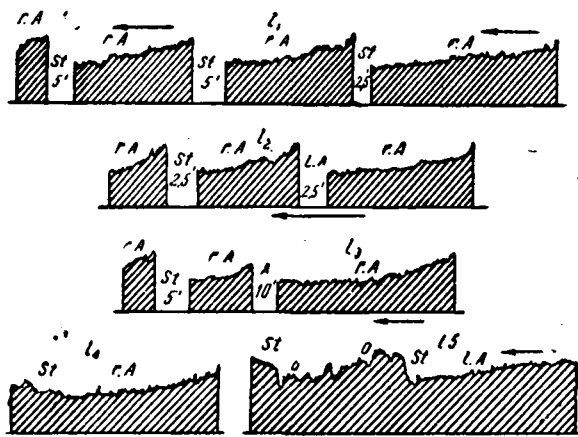


Рис. 4. Влияние на кривую утомления раздражения кожных рецепторов
Условное обозначение: *St* — тетанизация кожи

подвержены афферентные приборы, эфферентные же сохраняют гораздо большую устойчивость. Он вел наблюдение за изменениями рефлекторной деятельности спинного мозга при раздражении афферентных нервов. Сокращение сгибателей колена (полусухожильной мышцы) может быть вызвано раздражением центрального конца малоберцового или большеберцового нерва. Тетаническое раздражение афферентного нерва вызывает рефлекторное сокращение соответствующей мышцы. Вследствие утомления рефлекторное сокращение довольно быстро затухает. Но если теперь присоединить раздражение нерва-синер-

гиста, рефлекторное сокращение мышцы восстанавливается с прежней силой (рис. 5).

Для анализа этого факта надо учесть, что, во-первых, нервные волокна, как двигательные, так и чувствительные, практически неутомимы; во-вторых, характерной особенностью структуры центральной нервной системы является относительное избытие сенсорных приборов по сравнению с моторными, так что к одному и тому же двигательному нейрону подходит много приводящих сенсорных путей и приборов (Шеррингтон). Отсюда опыты Н. Е. Введенского заставляют признать, что конечный общий путь при затухании рефлекса в результате тетанического раздражения афферентного нерва сохраняет нормальную проводимость. Иначе рефлекторное сокращение не могло бы возобновиться с прежней силой при присоединении раздражения другого афферентного нерва. Возможно, что функциональные сдвиги, ведущие к понижению дееспособности на периферии, при этом происходят во вставочном аппарате между афферентными и эффекторными нейронами.

Таким образом, в мышлении отечественных физиологов все более и более укрепляется концепция, что утомление — переходящее состояние нарушений в слаженном течении физиологических процессов — есть результат тонких функциональных сдвигов в сложном регуляторном аппарате. Эти нарушения могут иметь место в различных звеньях этого аппарата. У человека принцип кортикализации функций, переноса



Рис. 5. Линия *a* показывает время раздражения одного афферентного нерва, рефлекторно вызывающего сокращение мышцы (отметка *a*). Когда это сокращение исчезает („утомление“ в центральных нейронах), применяется раздражение другого афферентного нерва (отметка *b*). Рефлекторное сокращение мышцы сразу же восстанавливается (по Ухтомскому)

функций управления, контроля и регуляции в кору больших полушарий выражен наиболее ярко. У человека резко преобладают приобретенные формы поведения, связанные с корковой деятельностью. Поэтому у человека в развитии утомления существенное значение играет переходящее снижение дееспособности мозговых корковых клеток как высшего уровня нервных и гуморальных интеграций. События же на периферии, в эффекторах, во внутренней среде, связанные с изменениями в ходе метаболизма, играют соподчиненную роль, питая и поддерживая нарушения, наступающие в работе регуляторного аппарата и отражая в свою очередь эти последние.

Утомление — процесс, не однозначный на все случаи жизни. Картина утомления меняется в зависимости от качества работы, продолжительности, темпа, приспособленности, состояния индивидуума и т. д.

В утверждении этой концепции в отечественной физиологии, отдающей организующую роль в развитии явлений утомления нервной системе, но вместе с тем рассматривающей сложный синдром утомления в различных его вариациях с позиций синтетических представлений о целостном организме, существенную роль сыграли представления Павлова.

И. П. Павлов специально не занимался вопросами утомления. Но как великий экспериментатор и мыслитель, впервые в истории естествознания подошедший с физиологическими методами к познанию внутренних механизмов деятельности коры мозга, он оставил в своем научном наследии ценные для нас мысли об утомлении. «Вопрос: как рассматривать вопрос об утомлении? Ответ: утомление есть один из

автоматических внутренних возбудителей тормозного процесса»¹. Тем самым И. П. Павлов подчеркивает единство нейрогуморальных факторов в генезе утомления.

Страстный поборник внедрения в физиологию синтетического мышления и синтетических методов исследования, заложивший фундамент современной синтетической физиологии в ее самых трудных разделах, И. П. Павлов представляет утомление как процесс, являющийся результатом функциональных сдвигов и в нервной системе, и во внутренней среде. Эти изменения, по Павлову, взаимно связаны.

Павловское представление, что «утомление вызывает торможение», разделяют не все физиологи. Школа Введенского-Ухтомского возражает против сведения утомления к торможению.

И. П. Павлов считает, что у человека при утомлении в результате дневной деятельности изменяется динамика нервного процесса в сторону преобладания торможения в самом высшем отделе коры, во второй сигнальной системе действительности, свойственной только человеку. Тонко дифференцированная мозговая клетка имеет свой предел работоспособности, в зависимости от типа нервной системы, свой предел функционального напряжения, за которым наступает торможение клеточных функций, торможение запредельное, охранительное, предохраняющее клетку от патологических функциональных сдвигов.

Таковы те синтетические представления, которые сделали целеустремленным последующий анализ и послужили исходными позициями для дальнейшего прогресса в нашей стране знаний по проблеме утомления, прогресса, связанного уже с нашим временем и замечательными исследованиями одного из крупнейших представителей современной физиологической науки — акад. Л. А. Орбели.

Поставленные с более широкими замыслами, а не по частной проблеме утомления, они привели к ряду новых открытий об адапционно-трофической роли вегетативной нервной системы и, в частности, ее симпатического отдела, внесли радикальные изменения в представления о роли мозжечка как дублера вегетативной нервной системы и важнейшего стабилизатора жизненных процессов и, наконец, вскрыли возможность передачи адапционно-трофических влияний по сенсорным волокнам задних корешков.

Замечательно, что основные эффекты, послужившие базой для дальнейшего развития учения акад. Л. А. Орбели, были получены на фоне утомления, на фоне снижения функциональной деятельности физиологического прибора (классический феномен Орбели-Гинецинского). Тем самым эти исследования школы акад. Л. А. Орбели пролили новый свет и на значение отдельных звеньев сложного нейрогуморального аппарата в развитии и ликвидации явлений утомления.

Для рассматриваемого отрезка исторического пути становления наших знаний по проблеме утомления свойственны две тенденции: во-первых, стремление связать явления утомления в основном с нервной системой. Выдающиеся же успехи отечественной физиологии в вопросах физиологии центральной нервной системы, завершенные учением о высшей нервной деятельности, определили значительный прогресс в теоретических представлениях об утомлении именно в отечественной физиологии.

Во-вторых, стремление объективным путем вскрыть закономерности, характерные для феномена утомления. Однако, когда физиологи подошли к попыткам дать правильное представление об утомлении у человека, эта тенденция, не учитывающая должным образом субъективного мира человека, превращалась в серьезный недостаток.

¹ И. П. Павлов, Полное собрание трудов, т. I, стр. 421, 1940.

«Для меня процесс мысли, идеальное,—писал Маркс,—есть не что иное, как материальное, пересаженное в человеческую голову и преобразованное в ней».

Значит субъективный мир и объективно наблюдаемые в центральной нервной системе явления представляют различные стороны единого материального процесса.

В. И. Ленин в книге «Материализм и эмпириокритицизм» писал: «Материя есть философская категория объективной реальности, которая дана человеку в ощущениях его, которая копируется, фотографируется, отображается нашими ощущениями, существуя независимо от них».

И в своих «Философских тетрадах» В. И. Ленин подчеркивал необходимость детального изучения органов чувств¹.

Стало быть, в деле научного целостного изучения центральной нервной системы у человека необходимым звеном является сопоставление физиологии центральной нервной системы с физиологией органов чувств.

Лидер современной отечественной физиологии Л. А. Орбели, стоя на позициях диалектического материализма, в течение многих лет настойчиво подчеркивает необходимость при изучении закономерностей в центральной нервной системе использовать не только объективные, но и субъективные методы исследования. «Мы сейчас достигли того уровня знаний, когда не может быть речи о раздельном изучении субъективного и объективного мира, и мы стоим перед моментом, когда физиологи обязаны включить в круг своих исследований не только объективно наблюдаемые явления, но и явления субъективного мира, когда физиологи для построения основных законов деятельности центральной нервной системы обязаны использовать как субъективный, так и объективный методы исследования»².

Эти обобщения, несомненно, полностью приложимы и к дальнейшим исследованиям по проблеме утомления у человека.



Полковник мед. службы А. Ф. КОБЗЕВ

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ И ОРГАНИЗАЦИОННОЙ РАБОТЫ ВОЙСКОВЫХ ВРАЧЕЙ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

В годы Великой отечественной войны военные врачи на деле доказали свою беспредельную преданность родине, большевистской партии, правительству и советскому народу. Они с большим искусством и умением в самых разнообразных условиях современного сложного боя организовывали медицинскую помощь пострадавшим в бою и больным воинам Советской Армии.

Этой плодотворной работой на войне военные врачи стяжали себе уважение, любовь и всеобщее признание со стороны воинов Советской Армии и всего советского народа.

Уже прошло более 2 лет со дня окончания победоносной войны, в течение которых части и соединения Советской Армии полностью переключились на мирную учебу. Военные врачи в новых условиях мирной обстановки организуют их медицинское обеспечение. Однако опыт работы в этих условиях показывает, что ряд трудностей в меди-

¹ В. И. Ленин, Собрание сочинений, т. XIII, стр. 37.

² Акад. Л. А. Орбели, Физиологический журнал СССР, т. XXXII, № 1, стр. 5—13, 1946.

цинском обеспечении войск зависит главным образом от недостатка знаний и навыков военных врачей.

Война наложила отпечаток на здоровье не только ее участников — личного состава Советской Армии, но и населения страны, в частности, призывных контингентов.

В период войны военнослужащие находились в разнобразных и крайне тяжелых условиях походно-боевой жизни. В одних случаях эти условия способствовали закаливанию организма военнослужащих, в других — приводили к проявлению ранее скрытых дефектов их здоровья, возникновению и развитию новых заболеваний, так как неизбежное на войне физическое и нервное напряжение, недосыпание, нерегулярность в питании и отдыхе, пребывание на холоде, в сырости вредно влияли на состояние здоровья воинов Советской Армии. Необходимо также иметь в виду присутствие в частях войск некоторой части бойцов, перенесших ранения, а также переживших нечеловеческие условия немецкого плена или жизнь на временно оккупированной врагом территории, что в значительной степени подорвало их здоровье.

Обычно во время войны военные врачи большей частью занимались лечением тех больных, которые прибывали на медицинские пункты. Теперь, в мирное время, войсковым врачам необходимо самим выявлять в подразделениях военнослужащих с явными и скрытыми пороками здоровья, брать их на учет и лечить в медицинских пунктах частей и соединений.

Такой активный метод работы должен стать сейчас основным видом деятельности войсковых врачей в частях.

Особенно важно проводить предписанные Уставом внутренней службы ежемесячные медицинские (врачебные) осмотры личного состава войск, его санацию, а также диспансеризацию офицерского состава. Врачебные осмотры и диспансеризацию нужно тщательно и хорошо организовать и проводить с применением антропометрической аппаратуры, рентгеновских и лабораторных исследований. В необходимых случаях обслуживающий врач должен пользоваться консультацией специалистов.

Метод профилактических врачебных осмотров, диспансеризации и санации полностью избавит войсковых врачей от неожиданных «открытий» тяжелых, запущенных заболеваний, иногда выявляемых на амбулаторных приемах; позволит им наиболее рационально, а главное, планомерно проводить лечение больных в амбулатории и стационаре части, широко применять свои медицинские знания на практике. Врачебные осмотры открывают возможность для лечебного совершенствования и роста войсковых врачей, поднимут их авторитет у командования и у воинов Советской Армии.

В мирной обстановке медицинский пункт полка перестает быть только этапом эвакуации, он становится важным звеном в лечении больных. Следовательно, основой лечебно-профилактической работы войсковых врачей в мирное время становится активное и раннее выявление заболеваний, их точная диагностика, правильная и своевременная организация лечения в медицинском пункте части и устранение причин, порождающих возникновение тех или других заболеваний. Задача войскового врача состоит в том, чтобы своевременно направить в гарнизонный госпиталь нуждающихся в лечении там. Отсюда возникает острая необходимость в том, чтобы войсковой врач был прежде всего врачом-лечебником и обладал достаточными знаниями в области общей терапии, общей хирургии, а также хорошо и во всех деталях представлял себе условия военного труда и быта, знал все способы закаливания организма и все факторы, ведущие к ослаблению его.

Мы считаем, что войсковой врач по уровню своих медицинских знаний и навыков должен подходить к бывшим земским, а ныне участковым врачам, которые умело справляются с диагностикой и лечением разнообразных заболеваний и самостоятельно решают в своей практической работе все лечебно-профилактические вопросы.

Не исключая возможности привлечения в помощь войсковым врачам военных или гражданских специалистов, мы придерживаемся той точки зрения, что войсковым врачам необходимо предоставлять больше самостоятельности в медицинской работе. Многим известно положение, что «переадресовка» больных из войсковых частей к специалистам гарнизонных поликлиник или военных госпиталей на так называемую «консультацию», часто практикуемую в крупных городах, во многих случаях приводит врачей войсковых частей к потере чувства ответственности за лечебную работу, а нередко и к деквалификации.

Нам кажется, что теперь особенно необходим твердый контроль за лечебной работой врачей войсковых частей, ограничение показаний к направлению на консультацию и установление твердого порядка в деле направления больных к специалистам гарнизона.

Наряду с этим, необходимо обеспечить врачей войсковых частей достаточным количеством медико-санитарного имущества и аппаратурой, а также предоставить надлежащие коммунально-бытовые условия для развертывания полноценной лечебной работы внутри войсковой части.

Бывают еще случаи, когда медицинские пункты войсковых частей развертывают в случайных, недостаточно приспособленных помещениях, малых по размеру, неудобных и неблагоустроенных. Мебелью, кроватями, постельными принадлежностями и хозяйственно-бытовыми предметами они иногда полностью не обеспечиваются.

Если с этими недостатками где можно было мириться во время войны, в походно-боевой обстановке, то теперь эти ненормальности недопустимы, они мешают улучшению лечебной работы в войсках.

Штаты медицинской службы войсковых частей в мирное время, а также положенные нормы и таблицы оснащения позволяют организовать внутри части полноценную амбулаторную помощь, хороший стационар (полковой лазарет) на 10—20 коек, оказывать неотложную врачебную помощь, полноценно лечить терапевтических больных и применять все необходимые общие профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Наши наблюдения за условиями работы врачей войсковых частей в послевоенный период позволяют прийти к выводу, что для нормальной работы медицинской службы полка необходимо отвести под медицинский пункт полка такие помещения, которые позволили бы иметь комнату для ожидающих амбулаторного приема, 2 комнаты для врачебных кабинетов, процедурную комнату, одну перевязочную, одну комнату для аптеки, не менее 2—3 комнат под стационар, комнату для изолятора, комнату для дежурного персонала, комнату для рабочего кабинета старшего врача полка. Кроме того, необходимы складские помещения для имущества медицинской части полка и для личных вещей военнослужащих, находящихся на лечении в стационаре.

Мы не будем вдаваться в подробности оборудования медицинского пункта полка и в детали его оснащения, но порекомендуем войсковым врачам некоторые практические мероприятия, которые помогут значительно улучшить медицинскую работу в части.

Ожидающим амбулаторного приема нужно предоставить возможность снять верхнее обмундирование и головные уборы, прочесть газету, журнал, популярные медицинские брошюры и памятки. На стенах комнаты для ожидающих должны быть санитарно-просветительные плакаты, санитарные доски или щиты, где в наглядной форме изобра-

жаются приемы оказания самопомощи и взаимопомощи в бою и при несчастных случаях, мероприятия по предупреждению заразных болезней, правила личной и коллективной гигиены и т. п.

Во врачебных кабинетах должно быть достаточно тепло и светло. В каждом кабинете нужно иметь кушетку, на которую можно было бы уложить больного для осмотра, вешалку для снимаемого больным обмундирования, несколько стульев, умывальник, стол, шкафчик с предметами, которые требуются для всестороннего врачебного обследования, справочную медицинскую литературу.

В комнате, предназначенной для отпуска лечебных процедур и медикаментов, должны быть столы и шкафы с набором медикаментов и инструментов, сосуды для ножных и ручных ванн, кушетки, табуреты, вешалка, умывальник и некоторые аппараты для физиотерапевтических процедур.

Комнату, предназначенную под перевязочную, следует оборудовать так, чтобы можно было производить амбулаторные операции и оказывать неотложную врачебную помощь в несчастных случаях.

В комнатах, предназначенных для стационара (полевого лазарета) и изолятора, все оборудование необходимо приспособить для лечения стационарных больных. Командование части должно предоставить лазарету лучшие кровати, матрацы, белье, одеяла, перовые подушки, мебель и посуду. Для больных нужно организовать приготовление пищи из лучших и наиболее свежих и полноценных продуктов, добавляя к обычному суточному рациону военнослужащих добавочные продукты подсобного хозяйства части.

Оборудование и оснащение остальных комнат обычное.

Отдельно следует отметить необходимость организации в медицинском пункте и в подразделениях войсковой части «скорой помощи».

В каждой роте, на кухне, в мастерских и других подразделениях должны быть аптечки скорой помощи с наборами медикаментов и с правилами пользования ими.

В самом медицинском пункте части необходимо иметь в постоянной готовности сумку скорой помощи для оказания помощи пострадавшим при несчастных случаях где-либо на территории части и шкаф или тумбочку с набором медикаментов, инструментов и прочих предметов, предназначенных для оказания срочной помощи пострадавшим, доставленным на медицинский пункт.

Помимо этого, в медпункте должен быть специальный ящик для подразделений полка, проводящих занятия вне части, и небольшой чемоданчик или врачебная сумка, предназначенные для врачей, обслуживающих по вызову офицеров и членов их семей на квартирах.

Набор медикаментов, инструментов и имущества в сумках, шкафах, ящиках и в аптечках скорой помощи определяет старший врач полка, а контроль за сохранностью этого имущества, своевременным пополнением и постоянной готовностью его возлагается на начальника аптеки.

Для повышения квалификации войсковых врачей необходимо предоставить им время на систематическую лечебную работу в гарнизонном госпитале, поликлинике, больнице под руководством опытных специалистов, а также обеспечить войсковых врачей медицинской литературой и пособиями. Большую пользу в совершенствовании войсковых врачей могут принести научные конференции и учебные сборы в соединениях и в округах по лечебным вопросам.

Войсковой врач и войсковая медицинская служба приобретают в мирное время особенно важное значение и место в общей системе лечения больных воинов Советской Армии. От знаний, опыта врача и правильности диагноза часто зависит успех дальнейшего лечения. Поэтому так необходимо повышение знаний и лечебной квалификации войсковых врачей.

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945)

17. Повреждения черепа и головного мозга

(Продолжение¹)

- Указания по классификации и первичной обработке открытых черепно-мозговых ранений, М., Медгиз, 24 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).
- Указания по распознаванию, эвакуации и лечению закрытых повреждений черепа, б. м., 7 стр., 1942 (Санитарное управление Западного фронта).
- Успенская В. Э., Вегетативно-эндокринные изменения при закрытых травмах головы, Клиническая медицина, 21, 9, 1943.
- Успенская В. Э., Дискуссия о восстановлении функций после травм центральной нервной системы, в кн. Военная медицина за рубежом, в. 3, М., стр. 93—99, 1942.
- Уфман Ю. М. и др., Хронические наблюдения при огнестрельных черепных ранениях, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1—2, 1944.
- Фаворский Б. А., Изменения центральной нервной системы в связи с повреждением периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 13, 1, 1944.
- Федоров В. К., Основные физиологические механизмы посткоммоционной глухоноты, в кн. Труды Военно-морской медицинской академии, т. 3, ч. 1, Л., стр. 102—115, 1944.
- Федоров В. К., Функциональная глухонота после коммоции и контузии головного мозга, в кн. Сборник работ госпиталей Горьковского облздрава, Горький, стр. 158—163, 1944.
- Фелинская Н. И., Синдром псевдодеменции при травмах мозга, в кн. Проблемы судебной психиатрии, в. 4, М., стр. 91—101, 1944.
- Фенелонов А. Л. и др., Некоторые замечания к клинике и лечению абсцессов мозга при проникающих черепно-мозговых ранениях, Вопросы нейрохирургии, 5, 1942; Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
- Фетисов А. Г., Абсцессы мозга при костных дефектах черепа после огнестрельных ранений, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа, Красноярск, Воениздат, стр. 263—265, 1944.
- Фольбогт Г. В., Комплексный анализ явлений, наблюдаемых при травмах нервной системы, Врачебное дело, 3—4, 1945.
- Фукс Б. А., Гнойновоспалительные и гнойносептические осложнения проникающих черепно-мозговых ранений, в кн. Сборник научных работ, в. 2, Киев, Госмедиздат, стр. 27—36, 1945 (Киевский окружной военный госпиталь).
- Фукс Б. А., Открытые огнестрельные черепно-мозговые повреждения и тактика хирурга на этапах глубокого тыла, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа, в. 3, Красноярск, стр. 247—254, 1944.
- Футер Д. С., Остеомиелит черепа при огнестрельных черепно-мозговых ранениях, Вопросы нейрохирургии, 8, 6, 1944.
- Ханамиров А. Р., Трансмаксиллярный подход к подвисочной ямке для удаления инородных тел, в кн. Бюллетень рационализаторских предложений, в. 1, М., стр. 6—8, 1944 (Военно-санитарное управление 1-го Прибалтийского фронта).
- Хандрикова О., Взаимоотношение персонала с больными при черепно-мозговых ранениях, Медицинская сестра, 7—8, 1944.
- Харитонов С. А., Об изменениях в центральной нервной системе и в органах чувств при ранениях периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 6, 1945.
- Ходос Х. Г., Травматические повреждения и огнестрельные ранения нервной системы, Иркутск, Иркутоблиздат, 207 стр. с илл., 1943. Библиогр.
- Холявкин А. Д., О травматических кровоизлияниях в головном мозгу, Невропатология и психиатрия, 11, 4, 1942.

¹ См. ВМЖ, № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

- Хорошко В. К., Вопросы организации комплексного лечения и восстановления трудоспособности при травматических повреждениях нервной системы военного времени, Невропатология и психиатрия, 13, 4, 1944.
- Хорошко В. К., Невропатологические синдромы при травмах головного мозга, Клиническая медицина, 5—6, 1942.
- Цильман Э. Г., О переломах основания и свода черепа при ранениях носа и придаточных полостей, в кн. Труды 1-й и 2-й конференции ото-ларингологов РСФСР, М., стр. 124—129, 1945.
- Чернорук В. Г., Стойкие и отдаленные последствия травмы головы в психической личности, Вопросы социальной и клинической невропатологии, 6, 1941.
- Чехович Я. И., Тревожно-депрессивные (дистимические) галлюциаторно-параноидные синдромы при травмах головного мозга, в кн. Бюллетень научной конференции Центрального института психиатрии, Томск, стр. 53—54, 1942.
- Чистович Н. С., Об анаэробной инфекции при огнестрельных ранениях мозга. (По материалам ППГ), Вестник хирургии им. Грекова, 65, 1, 1945.
- Чугунов С. А., Вегетативные расстройства и их динамика при закрытых травмах черепа, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 1—2, 1941.
- Чугунов С. А., К вопросу о лечении мозговых ранений. (Предварительное сообщение), Вопросы нейрохирургии, 1—2, 1942.
- Чугунов С. А., Неврологические синдромы при лице-черепных ранениях, Вопросы нейрохирургии, 9, 5, 1945.
- Шавинер Н. И., Гемато-энцефалический барьер при экспериментальном сотрясении мозга, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 3, 1944.
- Шамов В. Н., Некоторые принципы лечения инфицированных ран головного мозга, Военно-санитарное дело, 4—5, 1942.
- Шамов В. Н., Организация лечебной помощи при огнестрельных ранениях черепа и мозга, Военно-санитарное дело, 1—2, 1942.
- Шамовская Э. З. и др., Некоторые наблюдения над изменениями спинномозговой жидкости, глазного дна и нервной системы при военных травматических поражениях головного мозга. В кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа, Красноярск, Воениздат, стр. 268—274, 1944.
- Шарапов В. И., Острые травматические повреждения головного и спинного мозга. (Клиника, патологическая анатомия и консервативное лечение). Л., 86 стр. с илл., 1941 (Сталинградский государственный медицинский институт).
- Шарапов В. И. и др., К симптоматологии травматического повреждения синусов головного мозга, Вопросы нейрохирургии, 7, 5, 1943.
- Шаргородский Л. Я., Основные осложнения при травмах и ранениях головного мозга и их лечение, Ташкент, 32 стр., 1942 (НКЗдрав Узбекской ССР. Ташкентский медицинский институт им. В. М. Молотова. В помощь военному врачу).
- Швецов С. П., О чувствительных расстройствах при огнестрельных ранениях лобных долей мозга. (Паростатический — вазомоторный синдром), Невропатология и психиатрия, 13, 4, 1944.
- Шерешевский Г. М., О газовой гангрене мозга, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
- Шершевская О. И., Сосудистые реакции сетчатки при черепной травме военного времени, Невропатология и психиатрия, 18, 6, 1944; Вестник офтальмологии, 23, 2, 1944.
- Шершевская О. И. и др., К вопросу о некоторых зрачковых расстройствах при боевой травме черепа, Вестник офтальмологии, 22, 6, 1943.
- Шершевская О. И. и др., К вопросу о нервно-сосудистых реакциях при черепной травме военного времени, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
- Шефер Д. Г., Лечение огнестрельных ранений черепа в госпиталях Уральского военного округа, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 9—17, 1943.
- Шефер Д. Г., Оперативные вмешательства на боковых желудочках при огнестрельных ранениях черепа и мозга, Вопросы нейрохирургии, 7, 5, 1943.
- Шефер Д. Г., Остеомиелиты черепа после огнестрельных ранений, Вопросы нейрохирургии, 7, 2, 1943.
- Шефер Д. Г., Симптом болезненности кости при ранениях мягких тканей черепа, Вопросы нейрохирургии, 9, 5, 1945.
- Шефер Д. Г., Слепые ранения черепа и мозга, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 1, Свердловск, стр. 90—98, 1942.
- Шефер Д. Г. и др., Огнестрельные ранения черепа и мозга, в кн. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 93—103, 1901.
- Шильников Л. А., «Кашлевые толчки» и сжатие яремных вен как эффективные физиологические способы при хирургическом лечении ранений, гематом и гнойников мозга, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 53—57, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

- Шипачев В. Г. и др., К патологии поздних гнояников головного мозга при огнестрельных повреждениях. (О вторичных изменениях в капсуле гнояника мозга), Вопросы нейрохирургии, 7, 6, 1943.
- Шиханов В. И., О способе удаления инородных тел из головного мозга под контролем рентгеновского экрана, в кн. Из опыта медико-санитарной службы Краснознаменного Балтийского флота, М.—Л., стр. 59—61, 1945.
- Шкловский Д. Е., К вопросу о сроках операции при огнестрельных ранениях черепа, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.
- Шлыков А. А., Огнестрельные ранения мозжечка, Вопросы нейрохирургии, 7, 5, 1943.
- Шлыков А. А., Применение эмульсий стрептоцида и сульфидина при черепно-мозговых ранениях, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 2, М., стр. 50—61, 1943; Вопросы нейрохирургии, 7, 6, 1943.
- Шмарьян А. С., Основные вопросы клиники травм головного мозга, в кн. Бюллетень научной конференции Центрального института психиатрии, Томск, стр. 17—31, 1942.
- Шмелькин Д. Н., К диагностике открытых черепно-мозговых повреждений в войсковом и армейском районах, Вопросы нейрохирургии, 8, 6, 1944.
- Шмидт Е. В., Неврологическая симптоматика огнестрельных ранений черепа, Невропатология и психиатрия, 6, 1943.
- Шмидт Е. В., Синдромы поражения премоторной и моторной зоны при огнестрельных ранениях черепа. (К вопросу о пирамидном синдроме.), Вопросы нейрохирургии, 6, 1942.
- Шмуклер Б. Я., О реимплантации свободных костных отломков при открытых повреждениях черепа, Хирургия, 6, 1944.
- Шокина А. В., К клинике и терапии коммоционно-контузионных логопатий, в кн. Сборник трудов Ленинградского научно-исследовательского института по болезням уха, носа, горла и речи, т. 7, Л.,* стр. 83—88, 1944. Библиогр.
- Шпак В. М., Осмотрения повышенного внутричерепного давления смесью «магнад», в кн. Сборник научных работ Киевского окружного военного госпиталя, в. 2, Киев, Госмедиздат, стр. 132—136, 1945.
- Шпак В. М., Послекоммоционное состояние по материалам нейрохирургического отделения госпиталя, в кн. Бюллетень научной конференции Центрального института психиатрии, Томск, стр. 47—48, 1942.
- Шпак В. М., Состояние мозга по материалам тылового эвакогоспиталя, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 124, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
- Штейнвиль Н. С., Боевая травма центральной нервной системы и ее варианты, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
- Штейнвиль Н. С., Уход при черепно-мозговой травме, Медицинская сестра, 10, 1943; Фельдшер и акушерка, 5—6, 1943.
- Штерн И. Б., Гистопатология травматических абсцессов мозга, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 46—50, 1943 (Санотдел Уральского военного округа).
- Шубин Н. В., Клиника и лечение огнестрельных черепно-мозговых повреждений и их особенности, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа, Красноярск, Воениздат, стр. 254—272, 1944.
- Эдельштейн А. О., Проблема травматических повреждений головного мозга в свете военно-психиатрической экспертизы, в кн. Травмы нервной системы, Уфа, стр. 34—37, 1942; Вопросы военной невропсихиатрии, М., стр. 229—233, 1943.
- Эдельштейн А. О., Травмы нервной системы. (Сессия Всесоюзного общества невропатологов и психиатров.), Невропатология и психиатрия, 11, 5, 1942.
- Эйдинова М. Б., Литературный обзор о набухании и отеке мозга, Невропатология и психиатрия, 4, 1941.
- Эмдин П. И., Закрытые черепно-мозговые повреждения и психогенные феномены, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 400—402, 1943.
- Эмдин П. И., Открытые черепно-мозговые ранения, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 313—317, 1943.
- Эмдин П. И., Поздняя стадия черепно-мозговых ранений (3 и 4 фазы), Невропатология и психиатрия, 13, 4, 1944.
- Эмдин П. И., Четыре фазы мозгового ранения, Вопросы нейрохирургии, 7, 1, 1943.
- Энштейн А. Л., Опыт обоснования объективной методики неврологического исследования при экспертизе отдаленных последствий закрытых травм черепа, в кн. Сборник трудов психоневрологического госпиталя, Иваново, стр. 9—18, 1945.
- Эпштейн П. Д., Церебральные явления при огнестрельных ранениях периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
- Юдин Т. И., Закрытые повреждения черепа. Контузии, коммоции, психогенные травматические заболевания; их клиника: дифференциальная диагностика, течение, исход, лечение. (По разделу «Огнестрельные повреждения центральной и пери-

ферической нервной системы»). М., Медгиз, 3 стр., 1942 (Главное управление: эвакуогоспиталей НКЗдрава СССР).

- Юдин Т. И., Инертность, апсонтанность при травмах головного мозга, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны. (Травматические поражения центральной и периферической нервной системы.), Тюмень, стр. 81—91, 1943 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 13).
- Юдин Т. И., Коммоции, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 72—79, 1943.
- Юдин Т. И., Коммоционная болезнь. (История, патогенез, симптоматика, течение, дифференциальная диагностика, лечение.), в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны. (Травматические поражения центральной и периферической нервной системы.), Тюмень, стр. 31—66, 1943 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 12).
- Юдин Т. И., Контузии. (Не проникающие в череп травмы, клиническая картина, течение, отличие от коммоции.), в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны. (Травматические поражения центральной и периферической нервной системы.), Тюмень, стр. 123—147, 1943 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 12).
- Юдин Т. И., Психические расстройства в связи с травмой головы, в кн. Вопросы нейротравматологии и психоневрологии, в. 1, Харьков, стр. 9—23, 1941.
- Ямпольский Н., Вторичный шов при проникающих черепно-мозговых ранениях, Хирургия, 5, 1945.
- Ямпольский Н., Применение цитотона в нейрохирургической практике, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.
- Ярицын А. А., Нейрохирургическая помощь черепно-мозговым раненым в госпиталях N-ской армии, в кн. Труды эвакуогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, Л., стр. 65—70, 1944 (Санитарное управление Ленинградского фронта).



18. Повреждения позвоночника и спинного мозга

- Аронович Г. Д., Коммоционно-контузионные синдромы спинного мозга при боевых травмах, Невропатология и психиатрия, 13, 1, 1944.
- Аронович Г. Д., Травмы спинного мозга при огнестрельных челюстно-лицевых ранениях (конференция невропатологов и психиатров эвакуогоспиталей по травмам нервной системы в Омске 18 июля 1942), Невропатология и психиатрия, 12, 1, 1943.
- Бабчин И. С. и др., Повреждения позвоночника, спинного мозга, его оболочек и корешков, в кн. Основы практической нейрохирургии, Л., стр. 309—339, 1943.
- Бабчин И. С. и др., Первая хирургическая помощь при огнестрельных ранениях центральной и периферической нервной системы, Л., Медгиз, 76 стр. с илл., 1941.
- Бакулев А. Н., Лечение огнестрельных ранений позвоночника и спинного мозга, Хирургия, 3, 1944.
- Бакулев А. Н., Огнестрельные ранения позвоночника и спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
- Барзунова А. С., О психозах при экстрацеребральных ранениях, Проблемы психиатрии и невропатологии, 5, 1944.
- Баршай М. С., Ранения позвоночника с повреждением спинного мозга, Хирургия, 4, 1945.
- Бергер И. А., Социальное значение травматических заболеваний центральной нервной системы и организация помощи травмированным, Невропатология и психиатрия, 11, 1—2, 1942.
- Боготина Ц. Я., Экстремедулярные опухоли (клиника, гистология и хирургическое лечение), Горький, 124 стр. с илл., 1941.
- Боевая травма нервной системы, Киров, Военмориздат, 46 стр., 1943 (Военно-медицинская академия).
- Бондарчук А. В., Об удалении огнестрельных снарядов из позвоночного канала, Вестник хирургии им. Грекова, 1, 1941.
- Бондарчук А. В., Огнестрельные ранения спинного мозга и их хирургическое лечение, Вопросы нейрохирургии, 1, 1941.
- Бондарчук А. В., Первая хирургическая помощь при огнестрельных ранениях позвоночника, спинного мозга, его оболочек и корешков, в кн. Бабчин И. С. и др., Первая хирургическая помощь при огнестрельных ранениях центральной и периферической нервной системы, Л., стр. 37—66, 1941.
- Бондарчук А. В., Повреждение позвоночника и спинного мозга всенного времени, в кн. Бондарчук А. В., Основы военно-полевой нейрохирургии, Л., стр. 161—199, 1942.
- Бондарчук А. В. и др., Огнестрельные ранения спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 5, 3, 1941.



СОДЕРЖАНИЕ

Тридцатилетие Великого Октября	3
Полковник мед. службы И. Д. Макаров и полковник мед. службы Я. И. Акodus. К тридцатилетию советской военной медицины	12
Полковник мед. службы Т. И. Маслинковский. Санатории и дома отдыха Вооруженных Сил СССР к тридцатой годовщине Октября	25
Генерал-майор мед. службы проф. Д. Н. Лукашевич и подполковник мед. службы доц. А. Я. Скороходов. Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова	30
Подполковник мед. службы В. Б. Фарбер. С. П. Боткин — основоположник и организатор школы отечественной научной клинической медицины	38
Полковник мед. службы проф. Д. Е. Розенблюм. Отечественная физиологи- ческая мысль в вопросах утомления	51
Полковник мед. службы А. Ф. Кобзев. Некоторые вопросы лечебной и орга- низационной работы войсковых врачей в мирное время	61

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны (1941—1945)	65
--	----



Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Редактор Н. И. Завалишин

Техн. редактор А. Ф. Аксенов

Издается с 1823 г. Сдано в произв. 25/X 1947 г. Подп. к печ. 25/XI 1947 г.
Г 82431. Ф. бум. 70×108/16. Печ. л. 4,23. Учетно-изд. л. 6,2. Зн. в 1 п. л. 65 000.
Цена 2 руб. Заказ 666.

13-я тип. треста «Полиграфкинига» ОГИЗа при Совете министров СССР
Москва, Денисовский, 30