



# Вестник

## Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183



Приложение №3, 2017

[vestnikbgmu.ru](http://vestnikbgmu.ru)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

приложение №3, 2017 г.

## **Редакционная коллегия:**

**Главный редактор:** чл.-корр. РАН, проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

**Зам. главного редактора:** проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

**Члены редакционной коллегии:** проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. (Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа); проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа); проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

## **Редакционный совет:**

Чл.-корр. РАН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа), проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»: зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.

ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.

научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.

технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.

художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.

технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.

корректор – Брагина Н.А.

корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.



**Сборник материалов  
Международной научной заочной  
конференции молодых ученых  
«Актуальные вопросы здоровья молодежи»,  
г. Уфа, 31 июля 2017 г.**

## Содержание

1.	Секция «Репродуктивное здоровье молодежи» .....	4
2.	Секция «Психическое здоровье молодежи» .....	23
3.	Секция «Социальное здоровье молодежи» .....	30
4.	Секция «История охраны здоровья молодежи в России и Казахстане» . . . . .	37

## Секция

### «Репродуктивное здоровье молодежи»

УДК 618.3

**П.А. Берг, Э.А. Берг**

#### **АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕПРОДУКТИВНЫХ НЕУДАЧ У ЖЕНЩИН С ПОЛИМОРФИЗМАМИ ГЕНОВ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ**

**Научный руководитель - д.м.н., профессор Ящук А.Г., к.м.н., доцент Масленников А.В.**

**Кафедра акушерства и гинекологии №2, ФГБОУ ВО БГМУ**

**Минздрава России, г. Уфа**

*Аннотация. В данной работе представлена распространенность генетических полиморфизмов свертывающей системы крови и фолатного цикла у женщин Республики Башкортостан, и проведен анализ причин невынашивания с помощью ROC-анализа.*

*Ключевые слова: Полиморфизм, пламиноген, PAI-1, тромбофилия, невынашивание, беременность.*

В последние годы проблема наследственной тромбофилии рассматривается как компонент цепи патологических процессов, ведущих к невынашиванию беременности. В то же время, нет однозначного мнения по поводу роли полиморфизмов генов системы свертывания крови и фолатного цикла в развитии проблемы невынашивания беременности. Цель исследования. Анализ причин репродуктивных неудач у женщин г. Уфа с полиморфизмами свертывающей системы крови.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт, консультативных заключений 260 пациенток, обратившихся за консультациями на кафедру акушерства и гинекологии №2 по поводу репродуктивных неудач, ассоциированных с проблемами свертывающей системы крови, за период 2012-2017 г. У всех женщин проводились исследования для выявления врожденных мутаций и полиморфизмов генов системы гемостаза. Полученные данные были обработаны с использованием методов описательной и непараметрической статистики с помощью компьютерной программы Eviews 9.0.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования было выявлено, что возраст женщин составил  $30,7 \pm 4,7$  лет. Диагноз бесплодие был выставлен у 15,4% женщин (первичное бесплодие составило 68,5%), привычное невынашивание имели 45,8% обратившихся за консультацией.

ROC-анализ выявил статистически достоверную значимость в генезе невынашивания беременности таких факторов, как: носительство гетерозиготного полиморфизма гена фибриногена (G/A) ( $p=0,0345$ ), гетерозиготного полиморфизма гена ингибитора активатора плазминогена (5G/4G) ( $p=0,0003$ ), наличие в анамнезе хронической фетоплацентарной недостаточности ( $p=0,008$ ), преждевременных родов ( $p=0,012$ ), высокого паритета ( $p=0,009$ ). На основе полученных данных была построена математическая модель, которая показала, что наличие гетерозиготного полиморфизма гена фибриногена увеличивает риск невынашивания беременности на 8,8%, наличие гетерозиготного полиморфизма гена ингибитора активатора плазминогена на 12,1%, преждевременные роды в анамнезе увеличивают риск на 27,3%, высокий паритет – на 13,5%, а наличие фетоплацентарной недостаточности на 12,8%. Площадь под кривой составляет 0,8, что говорит о очень хорошем качестве модели.

**Заключение.** Анализ причин репродуктивных неудач у женщин с полиморфизмами генов свертывающей системы крови показал, что наиболее важными предикторами развития невынашивания беременности являются, кроме всем известных (преждевременные роды, наличие фетоплацентарной недостаточности в анамнезе, высокий паритет беременностей), наличие гетерозиготной мутации в гене фибриногена (G/A, 455) и гетерозиготного полиморфизма в гене ингибитора активатора плазминогена (5G/4G, 675). Также, нами была показана высокая частота встречаемости мутаций свертывающей системы крови и фолатного цикла у женщин с невынашиванием беременности, а учитывая трудности ведения и пролонгирования беременности данного контингента пациенток, эта проблема требует дальнейшего изучения с учетом фенотипического проявления данных аномалий.

### **Источники и литература**

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., ред. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013. 1200 с.
2. Аполихина И.А., Шнейдерман М.Г., Тетерина Т.А., Горбунова Е.А. Причины невынашивания беременности. Гинекология. 2013;15(5):60-5 с.

УДК 618.1

**Г.Х. Газизова**

## **ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ**

**Научный руководитель - д.м.н., проф. Ящук А.Г., к.м.н., доцент Масленников А.В.**

**Кафедра акушерства и гинекологии №2, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа**

*Аннотация. Рассмотрены нарушения сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у женщин, страдающих различными формами пролапса гениталий. Обнаружено, чем тяжелее степень ДСТ, тем выше частота геморрагических проявлений. Произведена оценка морфологии тромбоцитов, в результате которой выявлены патологические формы тромбоцитов.*

*Ключевые слова: пролапс гениталий, синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани, сосудисто-тромбоцитарное звено гемостаза, тромбоциты.*

**Актуальность:** Изучение состояния сосудисто-тромбоцитарного гемостаза при наличии пролапса гениталий, представляет теоретический и практический интерес в плане оптимизации методов вмешательства, а так же алгоритма пред- и послеоперационного ведения таких пациенток.

**Цель исследования:** оценка функционирования системы гемостаза у женщин, страдающих опущением и выпадением внутренних половых органов (ОиВВПО).

**Материалы и методы:** Были обследованы 83 женщины: 41 женщина с постгистерэктомическим пролапсом гениталий (ПГЭПГ) составила 1 группу. Критерием подбора больных в группу была манифестация (или рецидив) пролапса гениталий после гистерэктомии. Во 2-ю группу включены 42 женщины с признаками ОиВВПО, которым планировалось проведение гистерэктомии. Критерием подбора являлось: сочетание признаков ОиВВПО с доброкачественными новообразованиями матки и придатков, гиперпластических процессов эндометрия, высокая вероятность развития ПГЭПГ. Группу сравнения составили 20 женщин, обследованных спустя 2-3 года после перенесенной гистерэктомии, без признаков пролапса гениталий и недержания мочи. Средний возраст женщин на момент обследования составил  $54,3 \pm 1,2$  лет. Оценку процесса распада коллагена проводили по уровню экскреции оксипролина.

**Результаты и обсуждение:** У пациенток с пролапсом гениталий нами выявлен достоверно высокий уровень экскреции оксипролина по сравнению со здоровыми ( $t=5,933$ ,  $p < 0,01$ ). При оценке уровня экскреции оксипролина, у больных с разной степенью ДСТ,

отмечено увеличение его уровня в зависимости от выраженности ДСТ: чем более выраженными были проявления ДСТ, тем выше был уровень оксипролина. Так, при легкой степени ДСТ уровень экскреции оксипролина составил  $28,6 \pm 2,3$  мг/сут, что достоверно ниже ( $t=-2,441$ ,  $p=0,021$ ), чем в группе пациенток с тяжелой степенью, где среднее значение экскреции оксипролина составило  $41,0 \pm 3,2$  мг/сут. Отмечена прямая корреляция степени выраженности ДСТ и уровня экскреции оксипролина ( $R=0,381$ ,  $p=0,014$ ).

Морфологическая трансформация при дисплазии соединительной ткани сопровождается выраженными изменениями системы гемостаза: дисфункцией тромбоцитов, в ряде случаев с тромбоцитопенией или дисфибриногенемией, снижением активности фактора Виллебранда, иногда в сочетании дезагрегационной тромбоцитопатией или дисфибриногенемией, нарушением конечного этапа свертывания крови типа дисфибриногенемии, чаще связанное с замедлением самосборки фибрин-мономеров. Вместе с тем, при геморрагических мезенхимальных дисплазиях очень часты различные комбинации перечисленных выше нарушений [2].

Для оценки сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у женщин с пролапсом гениталий мы определяли агрегацию тромбоцитов, индуцированную АДФ в дозе 5мМ, коллагеном 20 мг/мл, ристомицином 1,2 мг/мл, активность фактора фон Виллебранда, также проводилась морфологическая оценка тромбоцитов.

Средний уровень тромбоцитов у больных с ПГЭПГ составил  $205,8 \pm 8,0 \cdot 10^9$ /л, у здоровых женщин -  $274,6 \pm 6,0 \cdot 10^9$ /л ( $t=5,609$ ,  $p \ll 0,05$ ). Таким образом, в наблюдаемой группе количество тромбоцитов приближалось к нижней границе нормы (норма  $150 - 300 \times 10^{12}$  /л).

Агрегация тромбоцитов, индуцированная АДФ в дозе 5мМ у больных ПГЭПГ составила  $53,4 \pm 2,8$  %, у здоровых женщин -  $76,8 \pm 3,2$  %, что при сравнении достоверно различно ( $t=-5,163$ ,  $p \ll 0,05$ ). При индукции агрегации тромбоцитов коллагеном 20 мг/мл, средний уровень агрегации составил у больных пролапсом гениталий  $50,1 \pm 2,2$ %, у здоровых женщин -  $76,2 \pm 3,2$ % ( $t=-6,737$ ,  $p \ll 0,05$ ). Уровень агрегации тромбоцитов, индуцированной ристомицином 1,2 мг/мл у больных с ПГЭПГ -  $62,1 \pm 2,3$ %, у здоровых -  $80,9 \pm 2,7$ % ( $t=-4,897$ ,  $p \ll 0,05$ ). Уровень активности фактора Виллебранда у больных пролапсом гениталий составил  $55,8 \pm 2,7$ %, что достоверно ниже, чем в группе здоровых женщин -  $78,9 \pm 2,8$ % ( $t=-5,302$ ,  $p \ll 0,05$ ).

Отмечено некоторое снижение уровня тромбоцитов у пациенток с пролапсом гениталий. Агрегация тромбоцитов, индуцированная АДФ, отрицательно коррелирует со степенью выраженности ДСТ ( $R=-0,332$ ,  $p=0,034$ ). Снижение агрегации тромбоцитов, индуцированной коллагеном в дозе 20 мг/мл, и снижение уровня фактора Виллебранда ассоциированы с фактом легкого образования синяков у женщин с пролапсом гениталий

( $R=0,394$ ,  $p=0,011$ ) и ( $R=0,353$ ,  $p=0,024$ ) соответственно. Уровень агрегации тромбоцитов и фактора Виллебранда при разной степени ДСТ представлены в таблице.

**Таблица 1. Агрегация тромбоцитов и фактор Виллебранда у больных ПГЭПГ с разной степенью ДСТ и здоровых женщин**

Степень ДСТ	Легкая	Средняя	Тяжелая	Здоровые
Параметры	степень	степень	степень	
Тромбоциты, $10^9/л$	246±1,1	190±2,0	172±3,0	274,6±6,0
Агрегация тромбоцитов: коллаген 20 мг/мл, %	53,9±2,6	52,3±3,4	47,4±3,8	76,2±3,2
АДФ 3 мМ, %	64,8±4,8	52,1±4,1	49,1±4,2	76,8±3,2
Ристомицин 1,2 мг/мл, %	67,1±5,3	62,7±3,8	59,7±3,4	80,9±2,7
Фактор Виллебранда, %	60,4±6,6	56,5±5,5	53,4±3,6	78,9±2,8

Самые низкие показатели агрегации и уровня фактора Виллебранда зарегистрированы в группе женщин с выраженными проявлениями ДСТ. Агрегация тромбоцитов, индуцированная АДФ достоверно отличалась у больных с маловыраженными и выраженными проявлениями ДСТ ( $t=2,174$ ,  $p=0,038$ ). Таким образом, чем тяжелее степень ДСТ, тем более выраженные изменения со стороны сосудисто-тромбоцитарного гемостаза наблюдались у обследуемых женщин.

Неполноценность эластина и коллагена соединительной ткани мелких сосудов оценивалось по геморрагическим проявлениям в виде кровоподтеков, экхимозов, петехий, определяющихся при наружном осмотре и пробах жгута и манжетки.

Характерную для ДСТ склонность к микроциркуляторной кровоточивости и легкости образования синяков отмечали 25 (61%) больных. Среди пациенток без пролапса гениталий микроциркуляторную кровоточивость отмечали 2 (10%), легкость образования синяков - 3 (15%). При сравнении групп по этим признакам выявлено достоверное отличие ( $U=201$ ,  $Z=-3,21$ ,  $p=0,001$  и  $U=221,5$ ,  $Z=-2,90$ ,  $p=0,004$  соответственно).

Обращает на себя внимание, чем тяжелее степень ДСТ, тем выше частота геморрагических проявлений. Повышенную кровоточивость в группе с легкой степенью ДСТ отмечали 5 (12,2%) пациенток, а в группе с тяжелой степенью подобные жалобы предъявляли 13 (31,7%). На склонность к легкому образованию синяков в группе с легкой степенью ДСТ указывали 6 (14,6%) женщин, а в группе с тяжелой степенью - 12 (29,3%). Патогенез подобных геморрагических проявлений объясняют не только слабостью констрикции стенки сосудов вследствие патологии коллагена, но и уменьшением количества коллагена в тканях, которое имеет генерализованный характер и вызывает дисфункцию самих тромбоцитов [3].

При оценки состояния сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у женщин, планируемых на гистерэктомию мы выявили следующее: снижение уровня агрегации тромбоцитов со всеми индукторами (такую же картину мы наблюдали в группе больных ПГЭПГ): агрегация тромбоцитов, индуцированная коллагеном 20 мг/мл -  $50,5 \pm 2,5\%$  ( $t=0,121$ ,  $p=0,904$ ), индуцированная АДФ 5мМ -  $51,7 \pm 3,1\%$  ( $t=0,401$ ,  $p=0,690$ ), индуцированная ристомицином 1,2 мг/мл -  $61 \pm 2,3\%$  ( $t=0,344$ ,  $p=0,732$ ). При сравнении с группой здоровых женщин по агрегации тромбоцитов, выявлены достоверные различия ( $t=-6,139$ ,  $t=-4,984$ ,  $t=-5,255$ ,  $p < 0,01$ ). В группе с выраженными проявлениями ДСТ уровни агрегации тромбоцитов были наименьшими. Среднее значение уровня фактора Виллебранда составило  $55 \pm 2,3\%$ , в группе здоровых женщин -  $78,9 \pm 2,8\%$  ( $t=-6,255$ ,  $p < 0,01$ ).

Произведена оценка морфологии тромбоцитов при микроскопии мазков крови, (окраска по Романовскому). При микроскопии выявлен анизцитоз тромбоцитов с преобладанием макроформ кровяных пластинок, цитоплазма окрашена менее интенсивно (до светло-голубого), содержание гранул снижено, снижено также образование отростков-псевдоподий, тромбоциты расположены агрегатами по 2-3 или единично (в норме в агрегатах от 5-6 до 14 тромбоцитов).

В наших наблюдениях имеет место именно снижение функциональной активности тромбоцитов – дизагрегационная тромбоцитопатия, согласно классификации нарушений гемостаза при гематомезенхимальных дисплазиях по З.С. Баркагану и Г.А. Сухановой, которая обуславливает несколько большую интраоперационную кровоточивость [1].

Результаты: Установлено нарушение тромбоцитарного звена гемостаза у женщин с пролапсом гениталий и диктуют необходимость дифференцированного подхода к оперативному лечению и проведения профилактических мероприятий.

### **Источники и литература**

1. Ханзадян Л., Радзинский В.Е., Демура Т.А., Донников А.Е. Маркеры ремоделирования соединительной ткани при пролапсе гениталий // Медицинский вестник юга России. 2016. № 3. С. 91-100.

2. Ящук А.Г., Масленников А.В., Ширяев А.А. Функционирование системы гемостаза у беременных на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Практическая медицина. 2016. № 1. С. 37-40.

3. Нафтулович Р.А., Ящук А.Г., Масленников А.В., Алакаева Д.Р. Особенности семейного анамнеза у пациенток с опущением и выпадением органов малого таза // Российский вестник акушера-гинеколога. 2013. №1. С. 30-36.

УДК 618.1

**А.С. Белокур, О.В. Заяц**

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ И ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ**

**Научный руководитель - ассистент Куричова Н.Ю.**

**Кафедра акушерства и гинекологии № 1, Харьковский национальный медицинский  
университет, г. Харьков, Украина**

*Аннотация. В данной работе представлены результаты наблюдений за клиническим течением опухолевидных образований и опухолей яичников у девочек-подростков. Частота встречаемости опухолевидных образований яичников в общей структуре гинекологической заболеваемости детского и подросткового возраста колеблется от 1,5-5%. Опухолевидные процессы яичников могут возникнуть в любом возрасте, но учитывая бессимптомность течения, чаще всего диагностируются в пубертатном периоде. Исходя из этого данная проблема является достаточно актуальной на сегодняшний день и занимает одно из первых мест как в гинекологии, так и в педиатрии, и ургентной хирургии детского возраста. Репродуктивное здоровье будущих матерей напрямую зависит от своевременности выявления, качества диагностики и эффективности лечения данной патологии.*

*Ключевые слова: опухоли, опухолевидные образования, яичники, подростковый возраст, репродуктивное здоровье.*

Было проанализировано 45 историй гинекологических больных девочек-подростков. В ходе исследования выделено 2 группы больных: первая группа – 20 девочек с истинными доброкачественными опухолями яичников и вторая группа – 25 девочек с опухолевидными образованиями яичников (соответственно 44.4% и 55.6%). Средний возраст девочек в первой группе – 15,4 ±1,52 лет, во второй группе – 13,9 ±2,63 лет. Анализируя полученные данные выявлено, что опухолевидные образования яичников отмечались только в пубертатном периоде, в отличие от кистом яичников, которые отмечены в пубертатном периоде - 90,2% случаев, в препубертатном периоде – 7,3% случаев, а так же в детском – 2,5%. По гистологическому принципу среди истинных опухолей наиболее высокая частота встречаемости наблюдалась у муцинозных цистаденом (58%), на втором месте стоят дермоидные кисты (25%), и параовариальные кисты - 17% соответственно. В группе опухолевидных образований наиболее часто встречаются фолликулярные кисты (57,2%) и на втором месте кисты желтого тела - 42,8%. Частота выявления опухолевидных образований в

правом яичнике составила 68%, соответственно в левом - 32%, это является подтверждением теории генетической детерминации более ранней и более высокой функциональной активности правого яичника. В ходе проведенного наблюдения было выявлено, что основным клиническим проявлением опухолей является болевой синдром (69,3%), а в случае наличия функциональной кисты отмечено: дисфункциональные маточные кровотечения - 26%, нарушение менструального цикла в виде его задержки до 6 месяцев - 72%. В связи с развитием осложнений (апоплексия яичника и перекрут ножки опухоли) 38% девочек из первой группы было прооперировано в экстренном порядке. И в 62% случаев - выполнено хирургическое лечение в плановом порядке.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что существует прямая корреляционная зависимость между гистологической структурой опухоли или опухолевидного образования и клиническими проявлениями. Также было отмечено, что в пубертатном периоде чаще всего развиваются именно истинные опухоли, требующие обязательного хирургического вмешательства.

### **Источники и литература**

1. Акушерство и гинекология. под ред. Савельевой Г.М. и Сачинава Л.Г. Изд-во «Медицина», Москва, 1997.
2. Гинекология. Гриф УМО по медицинскому образованию. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т., Яковлев В.Г. СПб., 2008.

УДК 614.2

**Н.П.Зылева, Л.Р.Идрисова, В.Ф.Асадуллин, Э.Р.Абдуллина, А.Р.Азаматова**  
**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА**  
**ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЖЕНЩИН В**  
**МУНИЦИПАЛЬНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

**Научный руководитель - к.м.н., доцент Азаматов Р.Ш.**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,**  
**Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

*Аннотация. В статье анализированы основные показатели деятельности медицинских учреждений акушерско-гинекологической службы 54 районов Республики Башкортостан за 2015г. Приведены следующие показатели: сведения об абортах РБ в 2015 г. на 1000 женщин фертильного возраста; мертворождаемость на 1000 родившихся живыми и мертвыми; ранняя неонатальная смертность на 1000 родившихся живыми; перинатальная смертность на 1000 родившихся живыми и мертвыми; заболеваемость новорожденных на 1000 живорожденных; смертность новорожденных на 1000 живорожденных; процент беременных женщин, не взятых на учет по беременности до 12 недель; а также взаимосвязь между этими показателями; подсчет коэффициента корреляции. Вычисления проводились в программе Excel 2013. Использовали формулу для расчета коэффициента соответствия  $K_c = R_f / R_n$  и формулу для подсчета коэффициента корреляции. С помощью этих формул были приведены рейтинги наихудших и наилучших районов по интегральному показателю и сравнение с официальными данными, и наличие взаимосвязи между всеми показателями.*

*Ключевые слова: показатели акушерско-гинекологической службы, единый интегральный показатель, коэффициент корреляция, взаимосвязь*

**Актуальность.** Одним из важных показателей и характеристик уровня смертности в стране является уровень смертности детей до 5 лет и, особенно детей до 1 года, так как именно в этом возрасте умирает большая часть этих детей. В России также понимают важность этого показателя: изменение его уровня заложено в «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», «Основных направлениях государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2010 г. (национальный план действий в интересах детей)» и т.д. В отличие от ожидаемой продолжительности жизни уровень младенческой смертности в России постоянно снижается уже в течение длительного периода, в частности вначале 21 в. был

преодолен так называемый «парадокс младенческой смертности» (у мальчиков - 2002 г. и у девочек – 2000 г.). Было рекомендовано встать на учет по беременности до 12 недель. Скрининг 1 триместра – диагностическое исследование, которое проводится беременным группы риска с 10 до 14 недели. Оно, являясь первым из двух скрининговых наблюдений, позволяет с большой точностью определить, насколько высок риск рождения больного плода. Состоит такое обследование из двух частей – анализ крови из вены и УЗИ. На основании их, с учетом многих индивидуальных факторов, врач-генетик и выносит свой вердикт. Ранняя явка в консультацию позволяет своевременно выявить и пролечить возможные осложнения беременности, что обеспечит рождение здорового малыша. Кроме того, ранняя постановка на учет позволяет максимально точно определить срок беременности и родов. Маленький и приятный сюрприз – при постановке на учет до 12 недель беременности позволяет будущей маме получить единовременное денежное пособие от государства (в 2017г. -705 рублей 11 копеек). По результатам независимой оценки качества медицинских услуг можно формировать рейтинги медицинских учреждений. За рубежом на основании таких рейтингов разрабатывают специальные бенчмаркинг-информационно-аналитические продукты, позволяющие анализировать деятельность конкретного учреждения, выявить существующие в нем проблемы и определить пути их решения. В России рейтинги медицинских организаций пока не получили такой широкой известности, как на Западе, и не являются общепризнанными индикаторами состояния дел на рынке медицинских услуг

**Цель и задачи исследования:** сравнить официальные данные по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, и родильницам и производству аборт в медицинских организациях Республики Башкортостан за 2015г. с нашими данными, полученными по специальной формуле  $K_c = P_f / P_p$ .

Следует найти взаимосвязь между показателями – смертностью новорожденных, перинатальной смертностью, мертворождаемостью, заболеваемостью новорожденных и женщина вставшими на учет после 12 недель беременности, также посчитать коэффициент корреляции по формуле: где

x и y - переменные варианты сопоставляемых вариационных рядов, dx и dy - отклонение каждой переменной (варианты) от своей средней арифметической ( $M_x$  и  $M_y$ ).

**Материалы и методы:** данные взяты из сборника МИАЦ Минздрава РБ «Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2015 году». За стандарт принято среднее республиканское значение выбранных показателей. Были анализированы показатели деятельности медицинских организаций 54 районов нашей Республики. Данные городов Республики не вошли в это исследование. Вычисления

проводились в программе Excel 2013. Использовали формулу для расчета коэффициента соответствия  $K_c = R_f / R_p$ , где  $R_f$  - фактический показатель,  $R_p$  - среднереспубликанский показатель,  $K_c$  - коэффициент соответствия.

По коэффициенту соответствия определили рейтинг ЦРБ за 2015 г. по следующим показателям: сведения об абортах РБ в 2015 г. на 1000 женщин фертильного возраста, мертворождаемость на 1000 родившихся живыми и мертвыми, ранняя неонатальная смертность на 1000 родившихся живыми, перинатальная смертность на 1000 родившихся живыми и мертвыми, заболеваемость новорожденных на 1000 живорожденных, смертность новорожденных на 1000 живорожденных, процент беременных, не взятых на учет по беременности до 12 недель.

Посчитали коэффициент корреляции и построили график в программе Excel 2013 по формуле и выявили, что коэффициент корреляции ( $r$ ) между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и перинатальной смертностью  $r = 0,0819$ ;

( $r$ ) между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и мертворождаемостью  $r = -0,0270$ ;

( $r$ ) между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и смертностью новорожденных  $r = 0,1725$ ;

( $r$ ) между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и заболеваемостью новорожденных  $r = 0,1630$ .

**Результаты:** Пример расчета коэффициента соответствия сведений заболеваемости новорожденных в Мечетлинском районе в 2015 г.:  $K_c = R_f / R_p = 576,4 / 298,8 = 1,9$ . Где фактический и среднереспубликанский показатель был взят из вышеуказанного сборника МИАЦ Минздрава РБ.

Интегральный показатель был получен для каждого района путем нахождения средней арифметической цифры среди коэффициентов соответствия по каждому показателю; например в Мечетлинском районе  $(1,9 + 0 + 0 + 0 + 0 + 2,50 + 0,88) / 7 = 0,75$ .

Коэффициент корреляции между сравниваемыми показателями низкий, это говорит об отсутствии взаимосвязи между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и мертворождаемостью, перинатальной смертностью, заболеваемостью и смертностью новорожденных.

Примеры диаграмм:

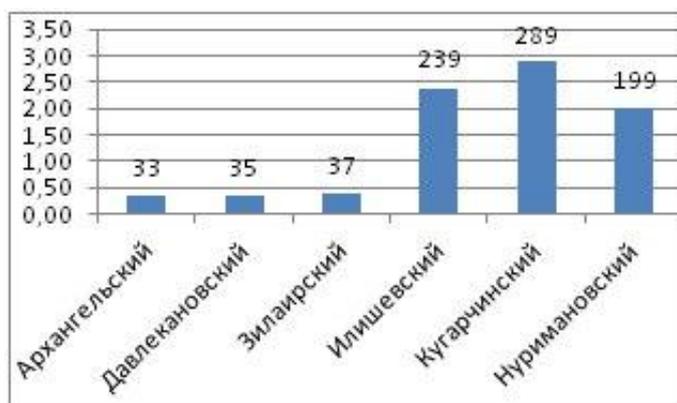


Рисунок 1. Сравнительная диаграмма интегральных показателей медицинского обслуживания беременных, рожениц и родильниц в муниципальных районах Республики Башкортостан в 2015 году.

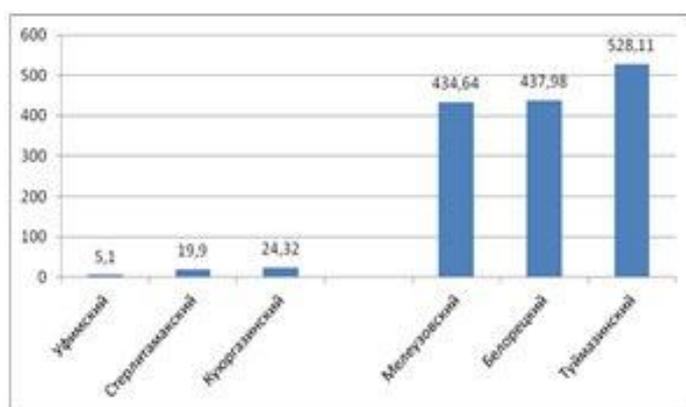


Рисунок 2. Сравнительная диаграмма интегральных показателей медицинского обслуживания беременных, рожениц и родильниц в муниципальных районах Республики Башкортостан в 2014 году [6].

**Выводы.** 1. Проанализировав данные полученные за 2015 год, мы получили наилучшие показатели медицинского обслуживания беременных, рожениц и родильниц РБ в Архангельском, Давлекановском и Зилаирском районах. Наихудшие результаты – в Нуримановском, Илишевском и Кугарчинском районах. При этом результаты 2014 года сильно отличаются.

2. По корреляционному анализу видно, что коэффициенты корреляции между сравниваемыми показателями говорят о наличии прямой слабой связи между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и мертворождаемостью, перинатальной смертностью, заболеваемостью и смертностью новорожденных.

3. Таким образом, обобщенные данные позволяют более объективно судить о реальном положении дел медицинских учреждений по сравнению с отдельными показателями их деятельности, наблюдать динамику в разных районах в течение нескольких лет. Определение рейтингов муниципальных образований в Республике Башкортостан

целесообразно производить на постоянной основе и публиковать их после сдачи годовых отчетов.

### **Источники и литература**

1. Авдеева М.В., Ващенко В.В., Лучкевич В.С., Баркаева В.А. Рейтингование медицинских организаций как способ повышения эффективности здравоохранения: история вопроса и перспективы использования. Социальные аспекты здоровья населения. 2015. Т. 44. № 4. С. 2.

2. Голубев Д.Н., Краснобородова С.Ю. Экспертиза качества медицинской помощи в противотуберкулезных учреждениях в использовании автоматизированной системы. «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом» Всероссийская научно- практическая конференция с международным участием 21-23 октября 2010 г. Санкт-Петербург, 2010. С. 33-34.

3. Кораблев В.Н. Использование инновационных технологий управления для повышения эффективности здравоохранения региона. Хабаровск: Изд-во ГОУ ВПО ДВГМУ, 2009. 199с.

4. Тарасенко Е.А. Рейтинги учреждений здравоохранения как инструмент независимой оценки качества медицинских услуг. Журнал «Здравоохранение», № 1. 2014.

5. Inter-Agency Group for Safe Motherhood. The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. Report on the safe motherhood technical consultation, 18-23 October 1997, Colombo, Sri Lanka. New York: Family Care International, 1998: 15-9.

6. Азаматов Р.Ш., Шамаева З.Х., Негара Ю.А. Сравнительный анализ основных показателей медицинского обслуживания беременных, рожениц и родильниц в муниципальных районах республики Башкортостан. 2016 г. 5 с.

УДК 618.17

**И.Ф. Кадаев**

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 15-29  
ЛЕТ ПО ДАННЫМ ОПРОСА**

**Научный руководитель - д.м.н. профессор Шарафутдинова Н.Х.**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

*Аннотация. Репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Было проведено изучение заболеваемости женщин болезнями репродуктивной системы. Анализ показал, что частота прерывания беременности чаще встречается среди женщин в возрасте 20-24 года, а количество прерываний – в возрасте 25-29 лет. Распространенность воспалительных заболеваний женских половых органов составила 80,2 на 100 опрошенных, 33,1 на 100 опрошенных указали, что переболели заболеваниями, передаваемыми половым путем.*

*Ключевые слова: Репродуктивное здоровье, Репродуктивное поведение молодежи, Заболеваемость.*

В рамках нашего исследования было проведено изучение заболеваемости женщин болезнями репродуктивной системы. Для этого было проведено анкетирование 250 женщин во время прохождения профилактических медицинских осмотров в женских консультациях Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 21 города Уфа.

Распределение обследованных женщин по возрасту показало, что среди них основную долю заняли женщины в возрастных группах 20-24 года (36,3%), в 25-29 лет (45,1%) и в возрасте 15-19 лет было 18,6% опрошенных.

Социальный статус и уровень образования является значимым фактором в формировании здоровья женщин и их репродуктивного поведения. [1] Среди женщин 39,0% были с высшим образованием, 10,2% с незаконченным высшим образованием, 38,9% – со средним специальным образованием, 10,0% – со средним общим образованием и 2,0% – с начальным образованием.

Проанализировали число прерываний беременности в зависимости от возраста женщин. В возрасте 15-19 лет 20,0% опрошенных указали на наличие прерывания

беременности, в возрасте 20-24 года таковых было 15,1%, в 25-29 лет – 31,6%. С возрастом доля женщин, прервавших беременность, увеличивалась и возрастала доля женщин, прервавших беременность несколько раз (таблица 1).

Заболеваемость населения изучается разными методами. Одним из более доступных методов является получение данных о заболеваемости по данным обращаемости. Заболеваемость также может быть изучена путем анкетирования и медицинских осмотров. Частота встречаемости заболеваний, по данным опроса респондентов или по результатам медицинских осмотров нами изучена на 100 опрошенных или осмотренных [2]

Анкетирование позволило установить, что 33,1 на 100 опрошенных указали, что переболели заболеваниями, передаваемыми половым путем, в том числе 14,4 указали на хламидиоз, 12,3 – уреаплазмоз, 9,3 – микоплазмоз, 4,7 – трихомониаз (таблица 2). Небольшое число опрошенных указали, что у них была гонорея (2,1 на 100 опрошенных) и сифилис (1,9). Распространенность хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза больше оказалась присуща женщинам в возрасте 15-19 лет, в 30-34 года и 40-44 года.

Распространенность воспалительных заболеваний женских половых органов составила 80,2 на 100 опрошенных, в том числе у 9,2 был сальпингит, у 4,9 – оофорит, у 10,5 – сальпингоофорит, у 5,5 – острый эндометриоз, у 39,2 – эрозия шейки матки. Таким образом, наиболее распространенным заболеванием женщин оказалась эрозия шейки матки (таблица 3).

На перенесенный ранее сальпингит указали в основном женщины в возрасте 20-24 года - 8,1, в 25-29 лет – 7,9 из 100 опрошенных.

Вывод: Эффективное воспроизводство населения страны закономерно связано с репродуктивным здоровьем, охрана которого определена «Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025» года как приоритет государственной политики [3]. Таким образом, исследование, направленное на изучение заболеваемости женщин со стороны репродуктивной системы имеет огромное медицинское и социальное значение.

### **Источники и литература**

1. Гаврилова, Л.Г. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях / Л.Г. Гаврилова. М.: МедПресс, 2011.
2. Баранов, А.А. Стратегия "Здоровье и развитие подростков России" как инструмент международного взаимодействия в охране здоровья детей / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, И.К. Рапопорт // Российский педиатрический журнал. 2011. № 4. С. 12-18.
3. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до

2025 года. Утверждена Указом Президента Российской Федерации №1351 от 9 октября 2007

г. URL: [http://www.base.garant.ru/191961/#block\\_1000](http://www.base.garant.ru/191961/#block_1000).

УДК 618.17

**И.Ф. Кадаев**

## **РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ УЧАЩИХСЯ БГМУ ПО ДАННЫМ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ**

**Научный руководитель - к.м.н., доцент Масленников А.В.**

**Кафедра акушерства и гинекологии №2, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа**

*Аннотация. Эффективное воспроизводство населения страны закономерно связано с репродуктивным здоровьем, охрана которого определена «Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025» года как приоритет государственной политики [1]. Рождаемость является для Республики Башкортостан единственным фактором, который стабильно позволяет региону сохранять относительное демографическое благополучие [2]. По данным нашего исследования, учащиеся БГМУ характеризуются низким уровнем информированности по вопросам репродуктивного здоровья и основам репродуктивного поведения, что требует корректировки, так как от знаний молодых людей о репродукции зависит здоровое будущее нации. Исследование было проведено методом анонимного анкетирования, в котором принял участие 61 человек, среди которых 44 женщины и 17 мужчин. Респондентам были предложены общие вопросы о половой жизни, акушерско-гинекологическом анамнезе, средствах контрацепции и др.*

*Ключевые слова: Демография, Рождаемость, Репродуктивное здоровье, Репродуктивное поведение.*

**Цели и задачи.** Изучить репродуктивное поведение учащихся БГМУ методом анонимного анкетирования указанной категории граждан и сделать соответствующие выводы.

**Материалы и методы.** Для настоящего исследования разработана электронная анонимная анкета, включающая в себя общие вопросы, вопросы о половой жизни, акушерско-гинекологическом анамнезе, средствах контрацепции и др. (<http://goo.gl/forms/7BRG9XmOEA>) Участие в анкетировании принял 61 человек, среди них 44 женщины и 17 мужчин. Средний возраст респондентов составил  $20,2 \pm 0,08$  лет. (рис. 1) Для анализа эмпирических данных использовались методы математической статистики.

**Результаты и их обсуждение.** Среди фактических источников знаний о репродуктивном здоровье на первом месте оказался интернет (42,9%). Далее – друзья и знакомые (39,3%), СМИ (8%), врачи (7%). В семье информацию о репродуктивном поведении получают лишь 2,7% опрошенных.

Был оценен уровень осведомленности респондентов о таких важных составляющих репродуктивного образования как прерывание беременности. Допустимым аборт считают 22,9% опрошенных, не согласны с ними 60,7%, затруднились ответить 16,4%. Не согласны с утверждением о безопасности аборта 93,4% респондентов.

Анализ мнения студенток об эффективных методах контрацепции выявил, что самым эффективным респонденты считают комбинированный (42,6%), а наименее – естественный (72,1%).

Большинство опрошенных считают оптимальным возрастом для начала половой жизни 18-20 лет (55,7%), а оптимальным возрастом для рождения первого ребенка 23-26 лет считают 63,9%.

Двое из 24 сексуально активных студенток указали в анамнезе беременность с последующим рождением ребенка. Абортов среди опрошенных никто не переносил.

В нашем исследовании приняли участие 61 респондент, из них 34 были сексуально активны (55,7%). Начали половую жизнь до 18 лет 21 человек (34,4%), в 18-20 лет (22,9%), после 20 лет – 3 человека (4,9%).

Была определена осознанность выбора и характер начала половой жизни. Сознательно начали половую жизнь 82,4% студентов. Начал половую жизнь против своей воли 1 человек.

Показано, что в подавляющем большинстве случаев респонденты ориентированы на моногамные отношения (54,1%). Доли сексуально активных и не активных среди них примерно равны.

В результате исследования установлено, что регулярно предохраняются от наступления нежеланной беременности 85,3% сексуально активных опрошенных. Никогда не использовали контрацепцию 14,7% опрошенных.

Был исследован контрацептивный анамнез контингента. Из когда-либо используемых методов контрацепции наиболее часто упоминаемым был презерватив (58,8%). На втором месте у сексуально активных респондентов был прерванный половой акт – 14,7%. КОК в качестве средства контрацепции когда-либо применяли 11,7% опрошенных. Не применяли ни одного метода контрацепции 14,7% сексуально активных людей.

Одна из важнейших характеристик репродуктивного здоровья – характер и становление менструальной функции. При изучении характера становления менструального цикла девушек студенток, участвовавших в исследовании, установлено, что средний возраст менархе в изучаемой когорте  $13,1 \pm 1,3$  года. Почти у половины (49,8%) студенток менструальный цикл стал регулярным в течение полугода после наступления менархе. Менструальное кровотечение длиной от 3 до 5 дней отмечено у 70,4% студенток, от 6 до 7 дней – в 25% случаев. Длительность менструального цикла в пределах нормы у большинства

обследованных. Дисменорея диагностирована у 4,5% обследованных.

В результате обследования выявлено, что 14,7% сексуально активных респондентов имели в анамнезе заболевания, передающиеся половым путём.

**Выводы.** Подводя итог проведенному исследованию, можно заключить, что опрошенные характеризуются низким уровнем информированности по вопросам репродуктивного здоровья, что требует корректировки. Комплекс мероприятий по улучшению репродуктивного поведения должен включать популяризацию традиционных ценностей здорового образа жизни и отказа от вредных привычек, индивидуальную, групповую и когортную информационную работу по вопросам репродуктивного поведения.

### **Источники и литература:**

1. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Утверждена Указом Президента Российской Федерации №1351 от 9 октября 2007 г. URL: [http://www.base.garant.ru/191961/#block\\_1000](http://www.base.garant.ru/191961/#block_1000).

2. Демографический потенциал Республики Башкортостан: состояние и тенденции развития / отв. ред. Валиахметов Р.М., Хилажева Г.Ф.; сост. Шамсутдинова Н.К. Уфа, 2013. 320 с.

**Секция  
«Психическое здоровье молодежи»**

УДК 159.97

**Л.Р. Мигранова, И.С. Ефремов**

**ВЫЯВЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПРОЯВЛЕНИЕМ  
ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И  
ВЫРАЖЕННОСТЬЮ СТРЕССА У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

**Научный руководитель - д.м.н., профессор Юлдашев В.Л.**

**Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава  
России, г. Уфа**

*Аннотация. В статье представлены результаты работы по изучению взаимосвязи между проявлением различных пограничных психических состояний и выраженностью стресса у студенческой молодежи. Выборка составила 418 студентов различных университетов России. Методами исследования стали Симптоматический опросник SCL-90-R и Шкала психологического стресса PSM-25. Выявлена статистически значимая положительная корреляционная связь между уровнем стресса и проявлением пограничных состояний.*

*Ключевые слова: пограничные психические состояния, стресс, студенческая молодежь.*

Пограничные расстройства – это нерезко выраженные психические нарушения, граничащие с состоянием здоровья. До сих пор нет единого определения понятия «пограничные психические расстройства» Пограничные состояния представляют особую группу патологических проявлений, имеющих в клиническом выражении свое начало, динамику и исход, зависящие от формы или вида болезненного процесса [1]. Основу пограничных психических расстройств составляют неврозы. Неврозы – это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных взаимоотношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями с тенденцией к активной переработке и компенсации [6]. Несмотря на многообразные исследования в этой области, истинная причина пограничных психических расстройств и патогенез их развития доподлинно не известны. В своей работе мы предположили, что высокий уровень стресса может являться фактором, вызывающим развитие пограничных психических расстройств. Стресс в переводе

с английского языка означает «напряжение». Стрессом называют неспецифический компонент адаптации организма на любое изменение, приводящее к функциональной адаптации систем органов к изменившимся условиям среды [5]. Как показал еще Г. Селье, стрессоры различной природы, в том числе психологические факторы, вызывают сходную динамику ответной реакции организма, на который они направлены [7]. Можно предположить, что одним из проявлений стресса может быть возникновение пограничных психических патологий. Стресс опасен прежде всего тем, что он вызывает крайнее психическое напряжение, имеющее негативные последствия для психического и физического здоровья человека [4]. Об истинной распространенности психических расстройств невротического круга с точностью судить трудно (показатели обычно занижены), поскольку эти больные нередко выпадают из поля зрения психиатров. Тем не менее в последние годы прослеживается отчетливая тенденция роста удельного веса пограничных психических расстройств в структуре заболеваемости населения [2]. Актуальность работы обуславливается возрастающим ростом пограничных расстройств у населения.

Цель нашей работы. Выявить наличие взаимосвязи между пограничными психическими расстройствами и выраженностью стресса. Мы поставили для себя следующие задачи. 1. Выявить распространённость пограничных психических расстройств среди студенческой молодежи. 2. Выявить уровень проявления стресса в исследуемой выборке. 3. Определить наличие корреляционной связи между стрессом и пограничными расстройствами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 418 респондентов – студентов различных университетов России, из них 339 женского пола (81%), 79 мужского (19%). Средний возраст респондентов составил  $20,51 \pm 2,16$  лет. Для исследования нами были выбраны следующие экспериментально-психологические и социологические методики. Симптоматический опросник SCL-90-R - методика, предназначенная для выявления психологических особенностей поведения. Опросник содержит девять шкал. Шкала соматизации, высокие показатели которой проявляются в том, что человек ощущает некие нарушения в работе своего тела. Межличностная сензитивность определяется чувством собственной неполноценности и личностной неадекватности, самоосуждения, возникновением чувства беспокойства и дискомфорта в процессе взаимодействия с другими людьми. Шкала депрессии проявляется отсутствием интереса к жизни, недостатком мотивации, потере жизненной энергии, чувстве безнадежности, а также может быть фактором риска аутоагрессивного поведения. Высокие показатели по шкале психотизм, указывают на изолированный образ жизни, возможное наличие симптомов шизофрении.

Паранойяльность - вид нарушений мышления, при котором человек становится враждебным, подозрительным, у него появляется страх потери независимости. Фобическое расстройство определяется как ярко выраженный иррациональный страх, возникающий в ответ на определенных людей, места, объекты или ситуации. Враждебность выражается в агрессивном поведении, включающем в себя негативные искаженные мысли, чувства или действия. Тревожное расстройство подразумевает, что человек испытывает приступы паники, нервозности, напряжения. Обсессивно-компульсивное расстройство характеризуется наличием в клинической картине obsessions (навязчивые мысли, представления, образы) и compulsions (навязчивые действия, нередко, органично связанные по смыслу с obsessions) [8].

Для определения уровня проявления стресса использовалась «Шкала психологического стресса PSM-25» (Лемура-Тесье- Филлиона/ Lemur-Tessier-Fillion), позволяющая измерить стрессовые ощущения в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях [3]. Исследование проводилось на базе Башкирского государственного медицинского университета с использованием дистанционных технологий, а также с применением унифицированных методик и унифицированных бланков. Для обработки информации были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10. Обработка проводилась методами непараметрического анализа ( $p < 0,05$ ).

Результаты и обсуждения. Мы определили, что большая часть студентов имеет те или иные доклинические признаки отдельных психических состояний, укладывающихся в пределы нормы. 75% (313/418) имеют некоторые признаки соматизации, 86% (360/418) студентов имеют некоторые признаки навязчивости, сензитивности - 90% (380/418), депрессии - 85% (356/418), тревожности - 73% (305/418), враждебности- 82% (343/418), фобий - 82% (343/418), паранойи- 75% (315/418), психотизма - 73% (305/418). В исследуемой группе были выявлены признаки наличия пограничных психических состояний. 19% студентов имеют признаки обсессивно-компульсивного расстройства (79/418), 26% респондентов показали высокие значения по шкале сензитивности (107/418), 16% по шкале депрессии (66/418), 15% по шкале тревожности (63/418), 36% по шкале враждебности (149/418), 40% по шкале соматизация (166/418) имеют 32% признаки фобических расстройств (132/418), 35% признаки паранойи (145/418) и 28% признаки психотизма (118/418). В целом 92% (394/418) респондентов на момент исследования имели признаки одного или нескольких проявлений пограничных состояний. При этом 13% (55/418) студентов имеют высокий уровень стресса, 21% (88/418) человек- средний и 65,7% (275/418) - низкий показатель. При применении корреляционного анализа по Спирмену была выявлена положительная корреляция между всеми шкалами симптоматического опросника и уровнем

стресса. Это говорит о том, что респонденты, имеющие более высокие показатели проявления навязчивых состояний, имеют более выраженное проявление стресса. Между шкалой «соматизация» симптоматического опросника и уровнем стресса выявлена положительная корреляция ( $r=0,71$ ), между шкалой «навязчивость» ( $r=0,65$ ), «сенситивность» ( $r=0,57$ ), «депрессия» ( $r=0,72$ ), «тревожность» ( $r=0,75$ ), «враждебность» ( $r=0,61$ ), «фобии» ( $r =0,61$ ), «паранойя» ( $r=0,58$ ), «психотизм» ( $r=0,61$ ). Сравнение выборки обучающихся с выборкой работающей молодежи не показало статистически значимых различий.

Выводы и рекомендации. Мы выявили наличие положительной взаимосвязи между уровнем стресса и выраженностью пограничных психических расстройств, что подтверждает выдвинутую нами теорию. Полученные данные носят предварительный характер, частично расширяют и дополняют сложившиеся психопатологические представления о пограничных психических расстройствах.

### **Источники и литература**

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Учебное пособие. 3-е издание. Автор: Юрий Анатольевич Александровский. (Москва: Издательство «Медицина», 2000.
2. Акжигитов Р.Г. Пограничные психические расстройства // Медицинская газета (электронная версия) № 37 от 27 мая 2001 г.
3. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. Спб.: Питер, 2009. 336 с.: ил. (Серия «Практикум»)
4. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. Спб.: Питер, 2005. 412 с: ил.
5. Патологическая физиология / Учебное пособие. Под ред. П.Ф. Литвицкого. 4-е изд. 2009. 496 с.
6. Психиатрия. Национальное руководство / Кр. изд. Под ред. Ю.А. Александровского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 624 с.
7. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медгиз, 1960: 255 с.
8. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с

УДК 159.9

**В.А. Сбитякова**

## **АНАЛИЗ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ**

**Научный руководитель - научный сотрудник, к.б.н., Мочалов К.С.**

**Центральная научно-исследовательская лаборатория, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава  
России, г. Уфа**

*Аннотация. Статья посвящена проблеме адаптации студентов к обучению: было проведено исследование психологической адаптации первокурсников в Башкирском государственном медицинском университете.*

*Ключевые слова: психология, адаптация, студенты.*

Актуальность. В настоящее время проблема адаптации студентов в вузах, в первую очередь первокурсников является одной из наиболее актуальных. Понятие «адаптация» появилось в XIX веке и рассматривалось первоначально в рамках биологических дисциплин. Позднее данный термин был распространен и на анализ личности человека. В психологии адаптация определяется как процесс и результат активного приспособления индивида к условиям социальной среды. Адаптация – это способность человека погрузиться в новую среду без ощущения дискомфорта и стресса, напряженности и чувства тревоги [2]. Способность к успешной адаптации играет большую роль для всех переходов на новые жизненные этапы.

Критически важным в жизни человека является этап поступления и начала обучения в высшем учебном заведении. В этом отношении интерес представляет анализ процессов адаптации в начале обучения в медицинских вузах. Во время учебы в медицинском университете у студентов закладываются основы профессионализма, формируется потребность в саморазвитии и самообразовании, развитии личностных особенностей и качеств, необходимых для врача.

Своевременная диагностика адаптации студентов позволит вовремя выявить наличие проблем и провести своевременную психологическую помощь и поддержку.

В связи со сказанным, целью работы явилось изучение адаптированности к учебной группе и к учебной деятельности у студентов 1 курса Башкирского государственного медицинского университета.

Материалы и методы: работа с психологической литературой; тестирование по методике Т.Д. Дубовицкой и А.В. Крыловой.

Для изучения процессов адаптации студентов в вузе применяются самые различные методики. В частности, применяются методики: определение самооценки и уровня притязаний (Т.В.Дембо, С.Л.Рубинштейн, А.М.Прихожан); исследование самоотношения (В.В.Столин, С.Р.Пантилеев); 16-факторный личностный опросник (Р.Кеттелл); методика «Локализация контроля» (адаптированная Е.Г.Ксенофонтовой); шкала социально-психологической адаптированности (К. Роджерс и Р. Даймонд); опросник Басса – Дарки; опросник социальной компетентности (Л.М.Митина); диагностика коммуникативной социальной компетентности (Н.П.Фетискин, В.В.Козлов, Г.М.Мануйлов); опросник конструктивности мотивации (А.А.Реан, О.П.Елисеева) и др. Поскольку в формирование адаптации вносят значительный вклад характеристики здоровья и физического развития, то применяются также соматометрический, физиометрический методы индексов по С.В. Хрущеву. Определяется умственная работоспособность по методу дозирования работы во времени посредством таблиц В.Я. Анфимова [3].

Следует отметить, что среди приведенных методик только одна ориентирована на оценку уровня адаптированности личности. Это методика диагностики социально-психологической адаптированности К. Роджерса и Р. Даймонда. Вместе с тем, она имеет 101 вопрос, требует времени для выполнения и обработки, кроме того больше ориентирована на межличностные отношения. Поэтому для исследования адаптации студентов Башкирского государственного медицинского университета использовалась более удобная диагностическая методика «Адаптированность студентов в вузе» (авторы Т.Д. Дубовицкая и А.В. Крылова) [1]. Данное тестирование включает две шкалы: адаптированность к учебной группе и адаптированность к учебной деятельности.

В исследовании приняли участие 25 студента 1 курса педиатрического факультета курса Башкирского государственного медицинского университета, проживающие в общежитии.

Результаты и обсуждения. Результаты исследования представлены в таблице 1 и на рисунке 1.

Таблица 1. Результаты изучения адаптации респондентов БГМУ

Шкалы/респонденты	Количество	Высокие показатели	Средние показатели	Низкие показатели
Учебная группа	25	21	3	2
Учебная деятельность	25	19	2	4

Высокие показатели адаптированности к учебной группе имели 21 респондента (84%), средние показатели - 3 респондента (12%), а низкие показатели 1 респондент (4%).

Что же касается адаптированности к учебной деятельности, то высокие показатели отмечались у 19 (76%) респондента, средние показатели - для 2 (8%) респондентов, низкие показатели имели 4 (12%) респондент (таблица 1 и рисунок 1).

Респонденты, имели сходный уровень адаптированности по шкалам «учебная группа» и «учебная деятельность», о чем наглядно свидетельствует рисунок 1.

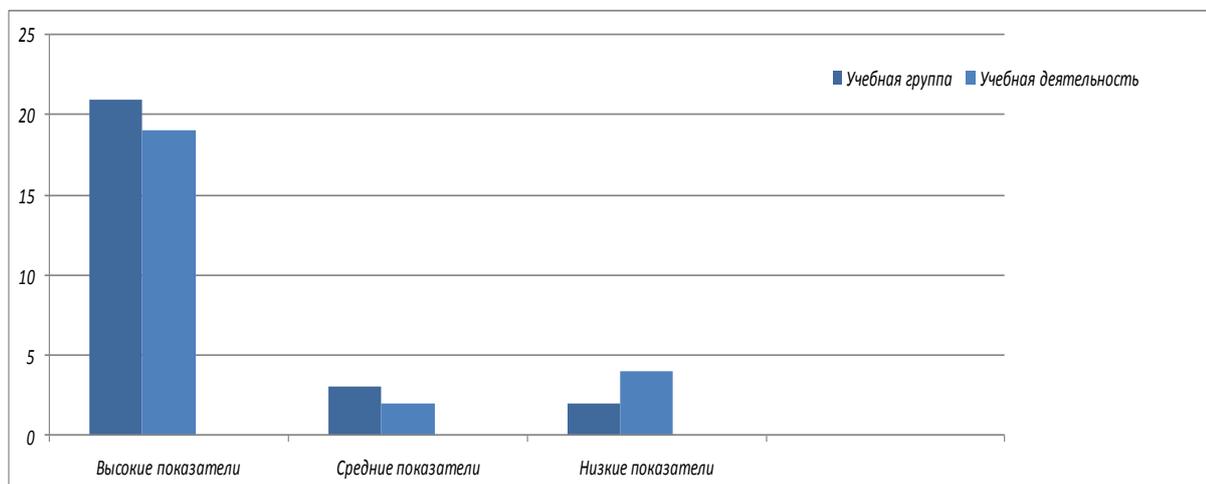


Рисунок 1. Шкала адаптированности респондентов к учебной деятельности и к учебной группе.

Выводы. Таким образом, из представленных результатов следует, что высокие показатели адаптации к учебной группе и учебной деятельности наблюдается более чем у 75% респондентов. Это говорит о высокой адаптированности студентов 1 курса педиатрического факультета Башкирского государственного медицинского университета: они чувствуют себя уверенно и комфортно как в группе, в которой легко находят общий язык с однокурсниками, так и успешно осваивают учебные предметы, в срок выполняя учебные задания.

### Источники и литература

1. Дубовицкая Т.Д., Крылова А.В. Электронный журнал «Психологическая наука и образование» [www.psyedu.ru](http://www.psyedu.ru) / ISSN: 2074-5885 / E-mail: [box@psyedu.ru](mailto:box@psyedu.ru) 2010, № 2
2. Разумовская Е. Социализация студенческой молодежи // Учитель. - 2005. - №2. - С.11-12.
3. Соловьев В.Н. Адаптация студентов к учебному процессу в высшей школе: Автореферат. Ижевск, 2003
4. <http://nsportal.ru/shkola/rabota-s-roditelyami/library/2015/11/19/test-na-adaptatsiyu-pervokursnikov>

**Секция**  
**«Социальное здоровье молодежи»**

УДК 616-001

**Р.Р. Даутов**

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г. УФЫ**

**Научный руководитель – д.м.н., профессор Шарафутдинова Н.Х.**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

*Аннотация: В статье приведены данные анализа из карт пациентов, обратившихся за медицинской помощью в травматологический пункт ГБ №10 г. Уфа, по полу и возрасту. Выявлено, что в структуре пациентов, получивших травмы, преобладают мужчины в исследуемых возрастных группах от 18 до 34 лет. В возрастной группе 30-34 года удельный вес мужчин снижается (57,4%), но остается выше удельного веса женщин (42,6%).*

*Ключевые слова: травматизм, возраст, пол.*

Актуальность: Травматизм является одной из основных причин смертности и инвалидизации лиц трудоспособного возраста [1,2]. Травмы являются лидирующей причиной смерти у лиц молодого возраста, а полученные повреждения становятся фактором снижения трудоспособности населения, влияя, таким образом, на социально-экономический потенциал стран и регионов (Heim С., 2014) [3]. Поэтому исследование показателей травматизма является актуальной задачей общественного здоровья и здравоохранения, в частности представляют интерес возрастные особенности структуры пациентов, получивших травмы.

Цель исследования: Изучить возрастные особенности пациентов, получивших травматологическую помощь в травматологическом пункте ГБ № 10 г. Уфы.

Материалы и методы: В качестве материалов исследования были использованы данные выкопировки карт формы №4-АР (амбулаторно-травматологическая карточка). Выкопировка данных проводилась по разработанной карте выкопировки данных, которая включала 49 признаков. Объем выкопировки составил 525 карт. Использовались методы: статистический и аналитический. Статистическая обработка проводилась программным продуктом Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждения: Среди пациентов, получивших травму, во всех возрастных группах, преобладает удельный вес мужчин, что говорит о большей подверженности травмам молодых мужчин трудоспособного возраста (табл. 1). При этом необходимо

отметить, что удельный вес мужчин увеличивается с 63,6% в возрасте 18-19 лет до 75,6% в возрасте 25-29 лет. Во всех возрастных группах, удельный вес женщин ниже и имеет тенденцию к снижению в возрастной группе 25-29 лет. Однако в возрасте 30-34 года наблюдается снижение удельного веса мужчин и увеличение удельного веса женщин, что связано с ростом физической активности женщин (занятиями физической культурой, фитнесом, вождением транспорта и т.д.).

Таблица 1

Структура травматизма по полу в отдельных возрастных группах, %

Пол	Возрастные группы			
	до 19 лет	20-24 лет	25-29 лет	30-34 лет
Мужчины	63,6	69,6	75,6	57,4
Женщины	36,4	30,4	24,4	42,6
итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Заключение: в структуре пациентов, получивших травмы, преобладают мужчины во всех исследуемых возрастных группах. В возрастной группе 30-34 лет удельный вес мужчин снижается до 57,4%, но остается выше удельного веса женщин (42,6%).

### Источники и литература

1. Быковская Т.Ю. Эффективность функционирования многоуровневой системы оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий в Ростовской области. - *Фундаментальные исследования*. - 2011. - №10(1). - с.46-48.
2. Москвичева М.Г., Шишкин Е.В. Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на территории Челябинской Области // *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. - 2015. - №1. - С.103-107.
3. Heim C., Bosisio F., Roth A., et al. Is trauma in Switzerland any different? Epidemiology and patterns of injury in major trauma – a 5-year review from a Swiss trauma centre // *Swiss Med Wkly*. - 2014. – Vol.144. – w.13958.

УДК 314.1

**К.К. Долженко, М.К. Долженко**

**МОЛОДЕЖНЫЕ ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ КАК ФАКТОР  
УЛУЧШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ**

**Научный руководитель - Долженко С.А.**

**Кафедра социологии и психологии политики, ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, г.  
Москва**

**Кафедра охраны окружающей среды и рационального использования природных  
ресурсов, ФГБОУ ВО УНТУ, г. Уфа**

*Аннотация. В работе рассматривается важность влияния молодежных общественных организаций на социальное здоровье молодежи.*

*Ключевые слова: социальное здоровье, молодежь, поведение молодежи, молодежные общественные организации.*

Достоянием человека, как и общества в целом, является здоровье. Потому считается, что именно здоровье является важнейшей ценностью в жизни. Введем понятие «здоровье» в соответствии с направляющей и координирующей инстанцией в области здравоохранения Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) «здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Под социальным здоровьем понимают систему ценностей, установок, а также мотивов поведения в социальной среде. Отношение современного общества к здоровью четко характеризует социальное здоровье населения. В том числе в области системы социальной политики, а именно, отношения на уровне планирования, проектирования, формирования и поддержки социально-здорового образа жизни.

На наш взгляд большое влияние по совершенствованию социального здоровья молодежи оказывают общественные организации. Сегодня в широком смысле под общественным движением молодежи принято считать социальную активность, которая организована молодежью и отличается направленностью деятельности конкретных видов организаций и их содержанием. Как мы знаем, в общественных молодежных организациях имеется довольно много реальных ресурсов и возможностей, благодаря которым молодежь может показать себя, познать свои таланты и способности. Общественные движения помогают молодежи проявить себя и свои возможности, а так же познакомиться с опытом

других активистов, организаций. Таким образом, молодежь может взглянуть на окружающий мир с другой стороны.

Молодежные общественные организации помогают становлению личности каждому ее члену, они вносят социально полезную направленность и личностный смысл жизнедеятельности ребенка и молодого человека. В Республике Башкортостан работают следующие молодежные общественные организации: РДОО Пионеры Башкортостана, ООО Российский Союз Молодежи, РОМДД Вместе, ВОПМО Молодая гвардия – данные организации помогают социализироваться молодому поколению.

Данные организации способствуют улучшению социального положения молодых людей. Кроме того данные организации способствуют формированию ценностей и мировоззрения, развитию и воспитанию молодежи.

На сегодняшний день в Республике Башкортостан существует множество молодежных организаций, которые стремятся участвовать в работе правозащитных, экологических, политических, благотворительных, спортивных, творческих, студенческих движений и союзов. Пропаганда здорового образа жизни, стала неотъемлемой частью большинства современного общества, которое выступает за улучшение и профилактику социального здоровья российского общества.

Проблема социального здоровья молодежи требует особого внимания, так как социальное здоровье определяет экономический и социальный потенциал государства, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни, а также выявляет закономерности демографического развития страны.

На решение данной проблемы - социального здоровья молодежи должны быть направлены усилия каждого человека и государства в целом, в целях восстановления утраченных резервов здоровья, сохранения и продления здорового рода, обеспечения высокой социальной и творческой активности и профессиональной деятельности.

### **Источники и литература**

1. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения. Нью-Йорк, 22 июля 1946 года.

УДК 314.1

**Д.А. Шестакова**

**СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН, КАК ПРЕДСТАВИТЕЛЬНИЦ  
МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЫ**

**Научный руководитель - к.п.н., доцент Каневский П.С.**

**Кафедра политической социологии, МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва**

*Аннотация. Сегодня в российском обществе в молодежной среде наблюдается тенденция утраты социального здоровья. Особенно данный феномен отражается на женщинах. В статье рассматривается современное положение женщин в обществе, их профессиональный и социальный статус.*

*Ключевые слова: молодежь, женщины, гендерная социология, гендер, феминистская социология*

Ты - женщина, ты - книга между книг,  
Ты - свернутый, запечатленный свиток;  
В его строках и дум и слов избыток,  
В его листах безумен каждый миг.  
(В. Брюсов)

Последние несколько десятилетий в таких общественных науках, как демография, экономика, история, политология, психология, и, особенно, социология появилось новое направление, в центре внимания которого находятся проблемы женщин, их права и социальное положение. В области социологии оно получило название феминистской, или гендерной социологии.

Гендерная социология, несомненно, применима к современной молодежи. Так как возраст молодежи сейчас расширяется и достигает верхнего порога – 35 лет.

В рамках феминистской социологии существует множество различных подходов, однако их объединяет признание того, что пол и властные отношения между мужчинами и женщинами являются одним из решающих организационных принципов общества. Исследователи, как зарубежные, так и отечественные, работающие в данном направлении, считают необходимым переосмысление под углом зрения гендера всех традиционных проблем социологии: стратификации, власти, собственности, социализации и др.

Тема феминизма, безусловно, будет актуальна еще долгое время. Часть критиков гендерных социологических теорий полагает, что неравенство полов и теория феминизма —

это выдумки женщин, однако взгляд на женщину как на неполноценное существо нашел свое отражение еще в теологических и философских трудах Древнего Мира. Известный философ Сократ следующими словами выразил свое отношение к женщинам: «Три вещи можно считать счастьем: что ты не дикое животное, что ты грек, а не варвар, и что ты мужчина, а не женщина».

Сегодня же, когда идеи феминизма активно распространяются по всему миру, и даже в России, например, насчитывается около 50 феминистских организаций, такая проблема, как рассмотрение различных феминистских теорий становится, безусловно, необходимой для комплексного изучения окружающей действительности.

Сегодня в обществе господствует «мужской» подход, который следует заменить феминистской социологией, которая имеет ряд положений, необходимых для наиболее адекватного исследования общества. Одна из задач феминистской социологии состоит в изучении женщин, как реально существующих в конкретных обстановках, социальных отношениях и повседневной деятельности акторов.

Основным методом исследования должен стать индуктивный метод, основанный на специфической версии женского способа видения мира.

Большое внимание следует уделять изучению профессионального положения женщин[1]. Женщины занимают в компаниях позиции секретарей и ассистентов, т.е. обслуживающего персонала, но не осознают структурной природы своего положения.

В современном обществе происходит осуществление капиталистического патриархального господства посредством системы контроля, которая распространяется не только на экономику, но и на государство и привилегированные профессии.

Ключевую роль в осуществлении контроля играют текстовые документы, такие как формы медицинского страхования, школьные реестры, реклама, указывающая, каким должен быть идеальный дом и идеальное женское тело [2]. Посредством данных текстов, в которых выражены обобщенные требования, мужчины пытаются установить модели женского труда и присвоить его результаты.

Гендерная социология затрагивает такие важные общественные сферы, как рождение детей, уход за людьми, существование женщин среди мужчин, которым до этого уделялось недостаточно внимания. Однако необходимо не просто «дополнить» односторонний мужской взгляд на общество, надо радикально перевернуть научное представление о нем и дать новую исходную точку в изучении социальности.

Подводя итог всему вышесказанному, хочу заметить, что, на мой взгляд, феминистская социология, безусловно, является важной и актуальной темой, которая должна развиваться. Однако ее претензии на замену «традиционной» социологии, переключение

исследовательского интереса исключительно на женщин и их проблемы, я считаю недостаточно обоснованными и рациональными. Изучение женщин, как особой категории молодежи, безусловно, важная и необходимая составляющая для полноценного исследования этой социальной группы. Феминистская социология, должна способствовать комплексному изучению социальной реальности и помогать устранению пробелов в различных социологических теориях, в том числе, изучая женщин и их проблемы, которым, в действительности, уделяется недостаточное количество статей и публикаций.

### **Источники и литература**

1. Здравомыслова Е. Хрестоматия феминистских текстов. Переводы. СПб., 2000.
2. Осипов Г.В. Российская социология в XXI веке // Социс - социологические исследования. 2004. № 24.
3. Briggs J.L. Never in Anger. Harvard University Press., 1970.
4. Oakley A., Gender, Methodology and People's Way of Knowing: Some Problems With Feminism and the Paradigm Debate in Social Science  
// Sociology. 1998. № 32(4).
5. Smith D.E. Women, the family and corporate capitalism. Canada., 1973.

## Секция

### «История охраны здоровья молодежи в России и Казахстане»

УДК 930

О.Л. Демидова

#### **ИСТОРИЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Научный руководитель - доцент Волкова Н.В.**

**Кафедра гражданского и предпринимательского права, ФГАУ ВО Самарский  
национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королёва, г.  
Самара**

*Аннотация. В работе рассмотрены ключевые нормативно-правовые акты в области охраны здоровья молодежи. Было выявлено, что роль государства проявляется при подготовке и издании правовых документов, финансированием, осуществлением (или неосуществлением) практических мероприятий по реализации программ. Автор обращает внимание на основные проблемы: недостаточность или отсутствие финансирования, наличие несогласованности действий различных государственных органов при разработке и проведении программ. Подчеркивается необходимость претворения в жизнь Концепции охраны здоровья молодежи с учетом отечественного и международного опыта и возможностей включения в учебные программы всех ступеней образования курса валеология.*

*Ключевые слова: молодежь, охрана здоровья, государство, нормативно-правовые акты, программа, здравоохранение, образование.*

В соответствии с Письмом Министерства образования и науки Российской Федерации молодежь - это граждане РФ, включая лиц с двойным гражданством, в возрасте от 14 до 30 лет. [1]

Государственная политика в сфере охраны здоровья молодежи имеет большое значение, так как здоровье является качественной предпосылкой будущей самореализации молодых людей, их способностей к созданию семьи и деторождению, к учебе и профессиональному труду, общественно-политической и творческой активности. Одним из важных направлений в области охраны здоровья молодежи является сохранение репродуктивного здоровья. В 1990-е гг. была разработана программа «Планирование семьи», согласно которой в 160 городах России были созданы центры планирования семьи,

подготовлен учебный материал с методическими и наглядными пособиями. Однако программа «была лишена финансирования из-за ошибок на стадии ее внедрения. Карательные меры в связи с этим надолго отбили желание у чиновников что-либо предпринимать в сфере полового просвещения.... Разработчики программы не смогли учесть косности некоторых официальных лиц и психологического барьера, которые встанут на пути внедрения программы»[2].

Несмотря на отсутствие государственного финансирования, созданные центры планирования семьи продолжили свою работу по программе. И.В. Журавлева приводит пример успешной работы регионального центра планирования семьи в г. Архангельск. Так, в 1999 г. в учебный план 43% образовательных учреждений Архангельской области были введены спецкурсы «Психология здоровья», «Планирование семьи», «Здоровый образ жизни», «Познай себя» и др., постоянно проводятся семинары для повышения квалификации педагогов.[2]

Стоит отметить, что, вопреки трудностям, возникшим в ходе реализации программы, именно благодаря усилиям отдельных людей осуществлялось решение значимой для государства задачи охраны репродуктивного здоровья молодежи.

По результатам деятельности центров Фонд ООН по народонаселению создал проект «Репродуктивное здоровье и права молодежи РФ», который был реализован в 2000-2002 гг. под эгидой Министерства здравоохранения РФ.[3]

В охране здоровья играют свою роль различные социальные институты и организации общества: здравоохранение, институты права, политики, семьи, общественные ассоциации и организации.

В марте 2003 г. Министерством здравоохранения РФ была принята отраслевая программа «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 гг.», которая осуществлялась в рамках Концепции охраны здоровья здоровых в РФ. Программа была направлена на все слои населения, но одним из приоритетных направлений было названо здоровье молодежи.[4]

Мероприятия, осуществляемые органами власти различных уровней, обычно имеют позитивную направленность и свидетельствуют о большой работе, ведущейся в сфере здоровья. Вместе с тем, процесс финансирования здравоохранения в целом, и отдельных программ в частности, нестабилен.

В локальных правовых актах – в программных документах образовательных учреждений (миссии, стратегии или программе развития) - нередко можно обнаружить идеи охраны здоровья и формирования здорового образа жизни в качестве одной из задач или критериев деятельности. Однако заявленные цели охраны здоровья обучающихся часто

вступают в противоречие с характером и методами организации учебного процесса.[5].

Проанализировав различные нормативно-правовые акты в области охраны здоровья молодежи, ход и результаты их реализации, можно сделать вывод, что роль государства проявляется: при подготовке и издании различных правовых документов - законов, приказов, постановлений и пр.; финансированием отрасли, программы, проекта и пр.; осуществлением (или неосуществлением) практических мероприятий по реализации программ и т. п..

В действиях органов власти, различных министерств, ведомств, неправительственных организаций заметно отсутствие согласованности при разработке и проведении программ и мероприятий по охране здоровья молодежи.

При этом, Г.А. Ивахненко считает, что только государственная политика, направленная на формирование у молодежи и студентов активной жизненной позиции в области сохранения и укрепления своего здоровья, позволит воспитать у них необходимые установки на положительное самосохранительное поведение.

Следует согласиться с мнением Шеметовой Г.Н и Дудровой Е.В., что в системе охраны здоровья студентов существует ряд нерешенных проблем, касающихся, главным образом, организации и практического осуществления профилактики заболеваний и реабилитации молодежи.[7]

В условиях сложной социально-экономической ситуации в России и высоких уровнях заболеваемости молодого поколения необходимо разрабатывать стратегии, концепции, программы, включающие комплексные действия, направленные на обеспечение благоприятного развития и укрепление здоровья молодежи. При этом необходимо учитывать отечественный и международный опыт охраны здоровья, и то, что образование является социальным институтом, в который человек активно включен на протяжении длительного периода жизни. Стоит рассмотреть возможность включения в учебные программы курса валеологии («область знания об индивидуальном здоровье человека, о культуре сохранения и укрепления здоровья»).

### **Источники и литература**

1. Письмо Минобрнауки РФ от 30.05.2006 № АС-588/06 «О Методических рекомендациях по организации работы органов местного самоуправления в решении вопросов организации и осуществления мероприятий по работе с детьми и молодежью» // Официальные документы в образовании, № 24, 2006 // СПС «КонсультантПлюс»
2. Журавлева И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Социология здоровья и медицины, 2004 г.
3. Письмо Минздрава РФ от 15.08.2002 N 2510/8435-02-32»О совер-

шенствовании организации деятельности молодежных центров по охране репродуктивного здоровья детей подросткового возраста»// СПС «КонсультантПлюс»

4. Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 N 114 «Об утверждении отраслевой Программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 годы» // Здравоохранение, № 7, 2003 // СПС «КонсультантПлюс»

5. Симаева И.Н. Пути улучшения охраны здоровья детей и молодежи: институциональный подход // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения, 2011. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/puti-uluchsheniya-ohrany-zdorovya-detey-i-molodezhi-institutsionalnyy-podhod> (дата обращения 06.06.2017)

6. Ивахненко Г.А. Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения . – URL: [http://ecsocman.hse.ru/data/223/675/1216/Sotsis\\_5\\_06\\_p78-81.pdf](http://ecsocman.hse.ru/data/223/675/1216/Sotsis_5_06_p78-81.pdf) (дата обращения 06.06.2017)

7. Шеметова Г. Н., Дудрова Е.В. Проблемы здоровья современной студенческой молодежи и нерешенные вопросы организации лечебно-профилактической помощи// Саратовский научно-медицинский журнал, 2009. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-zdorovya-sovremennoy-studencheskoj-molodezhi-i-nereshennye-voprosy-organizatsii-lechebno-profilakticheskoy-pomoschi> (дата обращения 06.06.2017)

УДК 930

**И.Р. Избаева**

**ОБЪЕДИНЯЯ СПОРТ И МЕДИЦИНУ: СЕРГЕЙ МАХМУТОВИЧ МУРАТОВ**

**Научный руководитель – к.м.н., доцент Азаматов Р.Ш.**

**Кафедра Общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа**

*Аннотация. На сегодняшний день все большее количество людей начинает заниматься физической культурой и спортом. Но как направить спортивную деятельность в сторону улучшения и укрепления здоровья человека полноценно знает врач спортивной медицины. Используя различные спортивные отрасли данный врач проводит своевременную профилактику и диагностику патологических состояний и обеспечивает оптимальную подготовку спортсмена к соревнованиям. Исследованием влияния бадминтона на функции органа зрения и плавания в младшем возрасте на общее развитие ребенка активно занимается Сергей Махмутович Муратов, который одновременно является членом совета Федерации бадминтона Республики Башкортостан, врачом спортивной медицины и лечебной физкультуры, заслуженным работником физической культуры Республики Башкортостан, президентом спортивного клуба по бадминтону им.В.Чирко и врачом сборной России по бадминтону.*

*Ключевые слова: здоровье, спорт, бадминтон, плавание, игра, история медицины*

Сергей Махмутович Муратов родился 21 октября 1956 года в г. Уфа Республики Башкортостан. Все детство активно занимаясь большим теннисом, в 1972 году начал профессионально заниматься бадминтоном совместно со своим другом, тренером, мастером спорта Республики Башкортостан Родионом Белаловым. Через 2 года Сергей Махмутович уже выполнил норматив кандидата мастера спорта и набирал 2 из 3 баллов мастера спорта ( т.е. обыграл двоих мастеров спорта, входивших в число ведущих бадминтонистов СССР), что позволяло ему и что позволяло присвоить ему звание мастера спорта. Время с 1974 года по 1976г. выпало на службу в рядах Советской армии, по возвращении поступил в Башкирский медицинский институт имени 15-летия ВЛКСМ на педиатрический факультет, проходил специализацию в ведущих педиатрических университетах страны: в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом институте и в Первом Санкт-Петербургском государственном институте им. Академика Павлова. Специализировался в области лечебной физкультуры и мануальной терапии, дополненной элементами спортивной медицины, т.к. с 4 класса школьного обучения мечтал стать спортивным врачом. С 1 курса учебы в БГМИ Муратов С. М. стал готовить команду

института к соревнованиям по бадминтону и в итоге смог вывести ее в число призеров по Республике Башкортостан по бадминтону. Тренируя команду БГМИ Сергей Махмутович успевал заниматься не только спортом, но и научной работой, участвовать в научных конференциях, быть старостой группы, которая занимала третье место по успеваемости на факультете. Во время учебы в институте проявил себя способным студентом, с практически отличной успеваемостью, активно занимался научной деятельностью, а именно изучал вопросы влияния занятий по бадминтону на остроту зрения человека, общее физическое развитие

В сфере физической культуры и спорта Муратов С.М. работает более 40 лет. Сначала игроком спортивного клуба «Салават Юлаев» завода №40 г.Уфы, в студенческие годы – играющим тренером команд БГПИ, БГМИ. В 2000 году организовал клуб спортивного бадминтона имени В.Чирко (ШВСМ) и является его главным тренером и президентом по сегодняшний день. Параллельно занимался созданием единственного музея бадминтона в РБ. 16 лет является членом совета Федерации бадминтона Республики Башкортостан. Для обеспечения учебного процесса им разработаны методические рекомендации по бадминтону, одобренные Министерством образования республики. Постоянно работает над совершенствованием своего мастерства, получил сертификат о повышении квалификации по специальности «Спортивная медицина». В 2014 г. на кафедре повышения квалификации врачей лечебной физкультуры защищена курсовая работа «Теория и методика спортивной тренировки», которая получила положительные отзывы.

Неоднократно Муратов С.М. выступал на телевидении, в печати («Воскресная газета», «Авиатор»), на республиканских и городских совещаниях с участием министров спорта и образования на базе Башкирского института развития образования и стадиона «Динамо», на республиканских конференциях по восстановительной медицине. Научно-исследовательским центром «Аллоплант» Э.Р.Мулдашева высоко оценена его работа по профилактике заболеваний органов зрения посредством бадминтона.

Более 5 лет занимался реконструкцией детского бассейна в детской поликлинике №6 г.Уфы, который по праву считается лучшим бассейном в республике для детей в диапазоне от 3 месяцев до 12 лет. За истекший период в данном бассейне прошли занятия более 5 тысяч детей.

В настоящее время вместе с тренером Щербий Э.В. Сергей Махмутович готовят 2 кандидатов в сборную России на олимпиаду в Токио. В Федерации бадминтона Республики Башкортостан Муратов С.М. занимается с юношеской сборной, оказывает помощь в медицинском обеспечении спортсменов и по связям со средствами информации. Подготовлены 3 передачи на телевидении, которые размещены в сети Интернет.

Муратов С.М. подготовил 2 мастеров и 7 кандидатов в мастера спорта, 10 спортсменов 1 разряда, 200 человек массовых разрядов, 7 тренеров-общественников. Его воспитанники: Пушкарев А. – финалист общества «Буревестник» среди вузов Москвы 2009 г.; Сорокин А. – 17 ракетка Мира среди юношей, серебряный призер международных и всероссийских турниров, чемпион и призер первенств России; Закиров Т. – призер российских турниров и чемпионатов; Газиева И., Загитов В. и Гатауллина А. – призеры первенства вузов республики; Юсупова А. входила в пятерку лучших бадминтонисток РБ, в 100 лучших в России. С 2006 года воспитанники Муратова С.М., тренера – врача юношеской сборной республики по бадминтону, играли в 5 финалах спартакиады школьников России, завоевали золотые, серебряные и бронзовые медали. Завоевали 17 медалей разного достоинства на международных чемпионатах и турнирах «Открытая Россия» в Москве и Владивостоке.

Высокий профессионализм и успешные результаты работа со сборной России Муратова С.М. отмечены благодарственным письмом Министерства спорта и физической культуры России, грамотами Министерства спорта и молодежной политики Республики Башкортостан, нагрудным знаком «Лучший работник физкультуры и спорта Республики Башкортостан» (2007 г.), Дипломом «Лучший детский тренер России по бадминтону» (2008 г.)

### **Источники и литература**

1. Григоренко, Г. Будьте здоровы: и такая малышня «океан» покоряет / Григоренко Г. // Вечерняя уфа. – 2014. – 25 февраля. – с.17
2. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль. - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – 598 с.
3. За чашкой чая [Видеозапись] : телевизионная программа / СТВ Башкортостан. – Уфа, 2015. – 20 апреля – 1 вк.
4. Павлов С.Е. Спортивная медицина. Здоровье и физическая культура. Сочи-2011» /Материалы II-й Всерос. научно-практической конференции, 16-18 июня 2011 года / Сочи, 2011. – 248 с.
5. Спортивная медицина: нац. рук. / гл. ред. С.П.Миронв, Б.А. Поляев, Г.А. Макарова; АСМОК. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1184 с.
6. Янова, С. Рубрика «Спорт»: Победить самого себя / Янова С. // Уфимские ведомости – 2010. – 22 июля. – №387

УДК 930

**И.И. Лукманов, Э.Р.Абдуллина, А.Р.Азаматова**

**ОТЛИЧНИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН -  
РАУФА САЛЯХЕТДИНОВНА ЛУКМАНОВА**

**Научный руководитель – к.м.н., доцент Азаматов Р.Ш.**

**Кафедра Общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа**

*Аннотация. С середины XX века в стационарных и амбулаторных условиях одним из действенных методов лечения является физиотерапия. Эта та область, в которой знание и применение законов физики дают положительный результат в терапии многих заболеваний. Лечение пациентов - это сложный и многоэтапный процесс, который зависит от слаженных действий, как врачей, так и среднего медицинского персонала. Такой вклад приносит медсестра высшей категории физиотерапевтического кабинета Стерлибашевской центральной районной больницы Лукманова Рауфа Саляхетдиновна, трудовой стаж которой без малого 40 лет.*

*Ключевые слова: история медицины, физиотерапия, здоровье, средний медицинский персонал.*

Актуальность. В современном обществе в сфере здравоохранения остро стоит вопрос дефицита медицинских кадров, в особенности среди среднего медицинского персонала. Данные сотрудники необходимы в каждом медицинском учреждении. Труд медицинской сестры – тяжелое дело, требующее не мало эмоциональных и физических сил, поэтому он бесспорно заслуживает огромного уважения. Для популяризации этой специальности люди должны знать истории тех, кто выбрал эту благородную профессию.

Цель исследования: изучить путь становления на примере Л.Р. Саляхетдиновны как медсестры высшей категории и ее вклад в деятельность медицины, в частности в области физиотерапии.

Материалы и методы: воспоминания, интервью, фотографии рабочего места.

Результаты и обсуждение: Лукманова Рауфа Саляхетдиновна родилась в 1960 году в деревне Кабакушево Стерлибашевского района Республики Башкортостан в многодетной семье. Отец – Суярембитов Саляхетдин Альмухаметович, участник Великой Отечественной войны, мать – Суярембитова Савия Фахретдиновна, ветеран труда, они всю жизнь проработали в колхозном производстве, вырастили и воспитали семерых детей. Рауфа медсестрой мечтала быть с детства, «лечила своих кукол, делала им уколы, мерила

температуру». После окончания 8 классов, долго не раздумывая, подала документы для поступления в Стерлитамакское медицинское училище. Быстро пролетели незабываемые студенческие годы. В 1979 году, успешно завершив учёбу, она получила диплом по специальности «акушерство». Свою трудовую деятельность она начала в родной деревне Кабакушево. Молодую акушерку тепло принимают в коллектив опытных, отзывчивых медработников местного фельдшерско-акушерского пункта. Она оказывает неоценимую помощь односельчанам – будущим матерям. Не считаясь со временем, спешила на вызовы, сопровождала рожениц в районную больницу.

В 1981 году руководством центральной районной больницы принимается решение об открытии в Кабакушевском фельдшерско-акушерском пункте физиотерапевтического кабинета. Рауфу Саяхетдиновну направляют на курсы специализации по физиотерапии. После завершения обучения все заботы по приобретению, установке физиотерапевтической аппаратуры, оформлению документов легли на плечи нашей героини. Вскоре после открытия кабинета односельчане и жители близлежащих населенных пунктов получили возможность физиотерапевтической помощи прямо у себя в деревне. В период своей насыщенной трудовой деятельности Рауфа Саяхетдиновна несколько раз меняла место своей работы по семейным обстоятельствам. Она переезжала с семьёй в районный центр - Стерлибашево, в город Уфу, Альшеевский район - с.Раевку в связи с переводом супруга по службе.

В 1989 году семья переезжает в районный центр (село Стерлибашево), Рауфа Саяхетдиновна возвращается трудиться в ЦРБ. С этой больницей будет связана вся её дальнейшая жизнь. Здесь формируется дружный, сплоченный коллектив медработников физиотерапевтического кабинета. С кем бы ей ни приходилось работать, везде её ценили за трудолюбие, старание и доброту.

За многолетний добросовестный труд Лукманова Рауфа Саяхетдиновна награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, нагрудным знаком «Отличник здравоохранения Респуб-лики Башкортостан». Она активный участник фестивалей художественной самодеятельности, спортивных мероприятий, профессиональных конкурсов. Как говорится, умеет трудиться, умеет и отдыхать. Выпускаемые физиотерапевтическим кабинетом санбюллетени к ежегодному Дню медицинской сестры постоянно занимают призовые места в ЦРБ, даже на уровне республики. Рауфа Саяхетдиновна считает, что повезло ей не только с работой, но и с семьей. Муж Ильдар Миниахметович – поддержка во всем, сейчас на заслуженном отдыхе. После окончания сельскохозяйственного института в Уфе, работал главным инженером, затем председателем колхоза, заместителем председателя Стерлибашевского районного Совета в Советское время. В последующем был избран депутатом Верховного Совета

Республики Башкортостан – Курултая. Оттуда был переведён главой администрации Альшеевского, затем Стерлибашевского районов. В любви и согласии вырастили они троих детей, не нарадуются шестерым внукам. «Я – счастливая женщина,- говорит о себе Рауфа Саяхетдиновна. Тружусь на любимой работе, вышла замуж за любимого мужчину, сегодня живу и работаю в окружении уважаемых коллег, любимых и любящих людей». О чем ещё может мечтать женщина? Хотелось бы, чтобы таких отзывчивых, чутких, внимательных людей, как Рауфа Саяхетдиновна Лукманова, в сфере здравоохранения было как можно больше. Младший сын – Ильгиз пошёл по стопам матери – поступил в Медицинский Университет, успел отслужить в Российской Армии, сейчас учится на 4 курсе лечебного факультета. Старшая дочь – Зулия замужем растит троих детей, работает заведующей детским садом в г.Сибее. Её муж – Рамиль занимает высокую должность в Сибее. Сын – Ильнур, получил юридическое образование и работает по специальности в Министерстве культуры Республики Башкортостан. Растит троих детей. Его жена – Зилия до замужества работала в Спорткомитете Республики, сейчас временно работает воспитательницей в детском саду.

### **Источники и литература**

1. Физиотерапия: нац. рук./ С. Г. Абрамович, Адилов В.В., Антипенко П.В. и др. ; под ред. Г.Н. Пономаренко; АСМОК. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 34 с.
2. Гизетдинова З.З. История развития здравоохранения Стерлибашевского района. Уфа, 2015 г. -319 с.

УДК 930.24.7.

**Г.Р. Галяутдинова, Ю.И. Гайсина**

**СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БЕЛЕБЕЕВСКОМ УЕЗДЕ  
(РАЙОНЕ) В СОВЕТСКОМ ПЕРИОДЕ**

**Научный руководитель — к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

*Резюме: Белебеевский уезд является одним из 6 уездов Уфимской губернии, которые входили в его состав до 1917 года. Развитие здравоохранения Белебеевского уезда и района в XX века претерпевает значительный рост, особое место занимает Белебеевский медицинский колледж.*

*Ключевые слова: Уфимская губерния, земские врачи, заболеваемость.*

Актуальность: Изучение истории отдельного района Республики Башкортостан имеет важное значение для подготовки будущих врачей.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения об особенностях развития здравоохранения в районе.

Задачи: Проанализировать архивные материалы, связанные со здравоохранением, Белебеевского района.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Первая российская революция 1905–1907 годов дала серьезный толчок и для дальнейшего развития здравоохранения. С 1909 года Белебеевское земство пошло по пути планомерного развития медицинской помощи населению. В 1910 году земское собрание утвердило новое распределение медицинской сети. Фельдшерские участки были преобразованы во врачебные амбулаторные участки. Таким образом, их число к 1912 году достигло 12, а к 1919 году – 14. Однако и при новом раскладе нагрузка на врачей оставалась очень большой: на попечении одного врача с помощником-фельдшером находилось до 90 тысяч населения, разбросанного по многочисленным населенным пунктам. Ежедневный прием амбулаторных больных одним врачом составлял 60 человек, а иногда превышал и сотню и даже больше. Женщины и дети умирали чаще, чем мужчины. Объяснение этому двоякое. Население еще очень долго предпочитало лечиться не у врачей, а у знахарей, роды принимали не акушерки и гинекологи, а повитухи – более или менее сноровистые старухи, которые почти ничего не смыслили не только в гинекологии и педиатрии, но и зачастую не имели представления об антисептике и дезинфекции. Наиболее

распространенными методами лечения были наговоры, окуривание зажженной чагой, в лучшем случае – настой из трав, которые оказывались эффективнее, чем аптечные лекарства, что зачастую давал бесплатно врач для начала лечения, на первое время. А для продолжения лечения до полного выздоровления не хватало ни лекарств у врача, ни денег у больного. Да и аптеки были за тридевять верст. Несмотря на старания медицинских работников, акушерская помощь роженицам даже в XX веке оставалась в зачаточном состоянии. Так, в 1908–1909 отчетном году медицинское родовспоможение было оказано всего 205 роженицам, и это при 24675 новорожденных (1907 год).

В 1909 году на территории нашего уезда родились 28924 ребенка, умер всего 17391 человек – взрослые и дети. Среди усопших 37 человек умерли в возрасте от 100 до 105 лет, 9 долгожителей почили в возрасте до 110 лет, трое – между 110 и 115, двое между 115 и 120 годами, и одна умерла 125 лет от роду. Определенные улучшения в системе здравоохранения в России произошли в связи с 300-летием царствования дома Романовых (1913 год). В это время открывается врачебный участок в селе Аитове (ныне Бижбулякский район), фельдшерско-акушерский пункт в селе Усень-Ивановском.

Особое место в системе здравоохранения в нашем крае занимало кумысолечение. Оно не финансировалось ни государством, ни земствами, однако получило довольно значительное развитие. Белебеевское уездное земство, его врачебный отдел стремились ввести кумысное дело в определенные рамки. Ежегодно комиссия земской управы, обычно возглавляемая А.А. Цареградским, проводила обследование лечебниц и кумысных «заведений». Результаты обследований публиковались отдельной брошюрой. К услугам больных А.А. Цареградский, книготорговец ссыльный социал-демократ Ф.А. Калинин и владелец типографии, бывший городской глава А.А. Напалков издавали «Ежегодник кумысника».

Несмотря на свою малочисленность, медицинская служба Белебеевского земства вносила существенный вклад в дело санитарного просвещения народа: кроме лечебных процедур, врачи проводили беседы и лекции на медико-санитарные темы, организовывали праздник здоровья – День цветов. К их услугам с 1911 года в городе и уезде действовал передвижной медицинский музей имени врача Я. Н. Соколова, основателя целой династии врачей Соколовых. Я. Н. Соколов скончался в 1919 году, а его дело продолжил сын Александр Яковлевич.

Известный на всю округу Белебеевский медицинский колледж основан в феврале 1936 года. До 1944 года учебное заведение называлось медицинской школой, до 1954 года – медицинским техникумом, до 7 августа 2003 года – медицинским училищем и с того же года носит нынешний статус.

Медицинская школа была создана на базе курсов общества Красного Креста. По свидетельству сторожилов города и ветеранов медицинского колледжа, в это время земская больница была реорганизована в районную, поэтому возникла большая потребность в медработниках среднего звена.

Первый выпуск школы состоялся 23 февраля 1938 года, были подготовлены 22 медсестры общего профиля. До 1954 года в медицинском колледже готовили медсестер: общего профиля, ясельного отделения и трахоматозного отделения. С 1956 года прием велся только на базе семиклассного образования. В настоящее время прием осуществляется на базе 9 и 11 классов. Первоначально колледж не имел собственного помещения, занятия проводились то в здании 80летней школы №2, тот в районной больнице и поликлинике. В 1945 году учебное заведение получило небольшое здание для проведения теоретических занятий ( на улице В.И. Чапаева). В 1972 году колледж разместился в двух помещениях барачного типа, что значительно улучшило условия учебы.

Со строительством завода “Автономаль”, увеличением населения города возросла потребность в медработниках. В 1983 году колледжу выделили большую часть 4-этажного административного здания на улице Пионерской. Была проведена большая работа по приспособлению его к требованиям учебного заведения. В 1993 году введено в эксплуатацию собственное благоустроенное общежитие. Через год был приобретен типовой спортзал, обновлено оборудование классов, лаборатории, общежития.

Учебно-воспитательный процесс в медколледже осуществляют 33 врача и педагога, из них 19 человек имеют высшую и первую квалификационную категорию. Большой вклад в развитие медицинского колледжа в разные годы внесли заслуженный врач РСФСР и БАССР А.Я. Соколов, заслуженные врачи БАССР Г.П. Стуков, Н.Я. Литовченко, доктор медицинских наук В.И. Наумова, отличник народного просвещения РСФСР К.А. Сайфутдинова, заслуженный учитель школы БАССР З.А. Тухватова, отличники здравоохранения СССР Л.З. Валиуллина и Н.С. Антонова, отличник здравоохранения Башкортостана Н.М. Смирнова и Н.М. Катаузова и многие другие врачи и педагоги

За время существования медицинский колледж подготовил более восьми тысяч средних медицинских работников. Среди наиболее известных выпускников – заместитель министра здравоохранения РБ по детству М.Х. Назметдинова, заслуженный врач РБ, отличник здравоохранения Я.И. Самирханова, председатель правления Краснодарского отделения Российского фонда “Здоровье человека” кандидат медицинских наук В.Н. Алексеев, председатель президиума Вологодской областной коллегии адвокатов, кавалер золотой медали имени Ф.Н. Плевако, В.М. Ануфриев, участник войны в Чечне, кавалер ордена Мужества В.Г. Щипакин и многие другие.

Педагогический коллектив медицинского колледжа воспитывает в своих питомцах любовь к избранной профессии, к своему учебному заведению. Неслучайно поэтому немало выпускников после окончания медицинских вузов возвращается в родной колледж в качестве преподавателей. Среди них – Г.В. Абдуллина, Г.Г. Астафьев, Л.З. Валиуллина, Н.Е. Гречухина, Е.А. Зайская, Л.К. Козлова, Н.Н. Смирнова, О.А. Сотникова, Н.А. Степанова, Е.В. Тамочкина, З.Я. Таухетдинова, В.П. Феотова, С.Н. Шыркова, Е.В. Холмова.

В последние годы активно осуществляются компьютеризация обучения. В колледже организованы видео- и компьютерной классы, оборудованные современной аппаратурой. Всю эту многогранную работу возглавляет заместитель директора медицинского колледжа по учебной работе почетный работник среднего профессионального образования РФ В.М. Томкина. Под ее руководством создаются методические сборники, обобщающие передовой опыт, методические рекомендации по проведению практических занятий, материалы в помощь молодым преподавателям.

Большое внимание уделяется проведению открытых теоретических и практических занятий, взаимопосещению уроков, повышению квалификации преподавателей. С июля 1986 года работает заведующей практикой преподаватель первой квалификационной категории З.Я. Таухетдинова. Она постоянно пополняет знания, повышает квалификацию, систематически изучает передовой опыт.

Директорский корпус медицинского колледжа всегда отличался ответственностью умением видеть перспективу учебного заведения. В разные годы учебное заведение возглавляли М.М. Сидоров, Ф.Ф. Кузнецов, Е. Жилкин, Т.З. Гриневич, И.М. Библина, М.Ф. Гайнуллина, В.И. Наумова, М.В. Гурьянов (руководил медколледжом более 222 лет), А.И. Елизарь, Н.В. Лазарев, А.Т. Григорьев (возглавляет педколлектив с 1984 года).

За время работы А.Т. Григорьева учебное заведение приобрело современный вид. Директор проявил себя умелым руководителем, большое внимание уделяет учебно-воспитательному процессу, укреплению здоровья студентов, ведет большую общественную работу. Он – отличник здравоохранения СССР, заслуженный учитель РБ, специалист высшей категории.

Выводы: За время существования медицинский колледж подготовил более восьми тысяч средних медицинский работников.

### **Источники и литература**

1. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

2. Первый всебашкирский съезд врачей. 1-6 марта 1938 год. Под ред. проф. И.В.Данилова. Уфа. Башгосиздат. 1939,144 с.
3. Десять лет Советской Башкирии. 1919-1929. Уфа. 1929, с.368.

УДК 930.24.30.

**О.А.Комарова, В.Н.Пешков, С.А.Абзалетдинова**

**ИСТОРИЯ «ДОМА САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ИМЕНИ МЕЧНИКОВА»**

**Научные руководители — к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.,**

**к.м.н., доцент Азаматов Р.Ш.**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,**

**Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

*Аннотация: 1 сентября 1921 года в Уфе под руководством санитарно-просветительного подотдела Наркомздрава Башкирской АССР был открыт Дом санитарного просвещения имени Мечникова.*

*Ключевые слова: Дом санитарного просвещения, профилактика.*

Актуальность: Изучение истории учреждений профилактики здоровья в Республике Башкортостан имеет важное значение на современном этапе.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о Дом санитарного просвещения имени Мечникова.

Задачи: Проанализировать архивные сведения о Дом санитарного просвещения имени Мечникова.

Материалы и методы: В работе использован исторический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: 1 сентября 1921 года в Уфе под руководством санитарно-просветительного подотдела Наркомздрава Башкирской АССР был открыт Дом санитарного просвещения имени Мечникова [1, с.62]. При Доме была организована работа большой библиотеки, которая насчитывала свыше 4000 томов (художественная, научная, в т.ч. медицинская литература), с общим и медицинским читальными залами. Книги из библиотеки выдавались только членам Союза Всемерикосантруда, численность абонентов составляла 359 человек, ежедневно читальный зал могли посещать не более 5 человек с 17 до 21 часов. Помимо читальных залов в Доме санитарного просвещения имени Мечникова была организована, так называемая, «выставочная часть» (выставка), которая имела следующие секции: туберкулёза, сифилиса, зубоврачевания, лекарственных растений, охраны материнства и младенчества, охраны здоровья детства. По представленным секциям можно предположить объём санитарно-просветительной работы среди малообразованного населения молодой республики. Выставки пополнялись диаграммами, чертежами, таблицами, образцами «голодного хлеба» (натуральным размером хлебного пайка в годы

Первой мировой и Гражданской войн, а также голода в период засух в Поволжье). Необходимо отметить, что посещаемость этих выставок была невелика, хотя в периодической печати публиковались объявления о необходимости проявления активности у населения, в частности были просьбы присылать группы и предлагались услуги «врача-объяснителя» (пропагандиста). Санитарно-просветительный подотдел Башнаркомздрава пытался организовать свою работу начиная с марта 1921 года, но фактически она началась в мае месяце, т.к. до этого заведующие постоянно менялись и за работу брались «случайные» люди, которые совершенно не были в ней заинтересованы. Работа подотдела тормозилась следующими обстоятельствами: не удалось подыскать инструкторов по лекционному, музейному и библиотечному делу, «...врачи не интересуются этой областью и ни у кого нет охоты в этом деле. Лекциями громадное большинство прямо тяготиться, заявляя, что читать (прим. авторов: читать лекции) не умеют, да и не хотят, тем более, что лекции до сих пор оплачиваются нищенским гонораром в 3800 рублей за час по высшей третьей категории» [1, с.61]. Денежные средства подотдела были крайне ничтожны, например, от заказов муляжей или других пособий пришлось отказаться. Единственная ближайшая мастерская по изготовлению муляжей находится в г. Екатеринбурге и просит за каждое изделие полмиллиона рублей при условии, что заказчик предоставит материал. Выставка в Доме санитарного просвещения не имела возможности пополняться новыми экспонатами. В Уфимской губернии хронически не хватало бумаги для какой-либо издательской деятельности, тем более не была представлена возможность печатания каких-либо рисунков для учебной или санитарно-просветительной работы. Литература из Наркомздрава приходила с большим опозданием, например, инструкции противохолерной компании прибыли уже после окончания самой эпидемии, а присланной литературы очень мало и её едва хватает для уездных городов (напомним, что с 1916 года в Уфимской губернии было только 6 городов). К 1921 году население Уфимской губернии пережило последовательно эпидемии холеры, тифов и голода, что создало среди населения атмосферу неблагоприятную для санитарно-просветительной агитации, т.к. все силы были брошены на борьбу с эпидемиями. Даже среди организованных рабочих была такая общественная усталость, «...что ни о каких лекциях и слышать не хотят» [1, с.61 об.]. Чтение лекций на санитарно-просветительные темы в городах производились только 2-3 врачами, главным образом сами заведующие санитарно-просветительного и санитарно-эпидемиологического отделов. Всего в 1921 году до сентября месяца ими было прочитано 65 лекций (средняя посещаемость 113 человек), в это число входит 3 санитарных митинга с общей посещаемостью 1200 человек. С этого времени чтение лекций среди населения «систематически терпят неудачу» в связи с общим голодом. Санитарно-просветительная работа в печати наоборот стала проводиться

довольно успешно. Заведующий подотделом вел систематическую агитацию в 3-х местных газетах, постоянно помещая там заметки, статьи, бюллетени, призывы, лозунги по медико-санитарным темам, например, информация о эпидемиях и мерах её профилактики печаталась ежедневно, название там превышало несколько десятков. Раздача санитарно-просветительной литературы производилась бесплатно и систематически уездными лечебными учреждениями через проезжающих делегатов на съездах и совещаниях. Всего было роздано брошюр (3 названия – 130 экземпляров листовок, 8 названий – 1750 экземпляров лент, 8 названий – около 1500 экземпляров). Подотдел издал одну листовку-стихотворение в количестве 500 экземпляров. Учебная пропаганда велась на всех съездах, конференциях и пр. советов Союза молодёжи, Губюста, Женотдела и т.д. на которых читались доклады о голоде, холере, тифах, вреде курения, недопустимой частной практики врачей при абортах и др.

Создание Дома санитарного просвещения Башкирской АССР имело большое значение в деле санитарно-просветительной работы среди населения первой автономной советской социалистической республики. 20 марта 1919 года было подписано соглашение Башкирского правительства с РСФСР о признании Башкирии автономной советской социалистической республикой, которое было опубликовано в Известиях ВЦИК от 23 марта 1919 г. №63415. §1 этого соглашения говорит: «Автономная Советская Башкирская Республика (АСБР) образуется в пределах малой Башкирии и составляет федеральную часть, входящую в состав РСФСР. §2 указывает на территорию входящую в состав АСБР, при чём отмечает, что из Оренбургского уезда выделяются 17 волостей, Орского уезда – 28 волостей, Верзнеуральского уезда – 12 волостей, Троицкого – 6 волостей, Челябинского – 4 волости, Шадринского – 8 волостей, Екатеринбургского – 4 волости, Красноуфимского – 9 волостей, Златоустовского – 14 волостей, Уфимского – 6 волостей, Стерлитамакского – 29 волостей. Также в этом параграфе говорится, что в состав Башкирии включаются еще отделившиеся, вследствие применения к Башкирии переселенческого закона, районы Оренбургского – 2 волости, Бузулукского – 1 волость, Челябинского уезда – 5 волостей. [2, с.12]. Правительство БССР формировалось на тех же началах, что и в РСФСР, но до 1-го съезда Советов был избран Временный военный революционный комитет, а территория делится на несколько административных единиц, а именно на 13 кантонов. Впредь до решения съездом Советов столицей было назначено местечко Темясово. 25 июля 1920 г. в г. Стерлитамак с большим оживлением прошёл 1-й Всебашкирский съезд Советов, на котором был избран ВЦИК. В виду отсутствия городов в БССР, было возбуждено ходатайство о присоединении г. Стерлитамак и его уезда в состав республики – для возможности устроить резиденцию нового правительства. Лечебных заведений было очень мало, а количество больных

огромное. Грозная волна эпидемий брюшного, сыпного и возвратного тифа захлестнула весь край. Во всём крае было не более 5 фельдшеров и 1-2 врача, т.к. бывшие разъехались по более благополучным местам, не хватало простейших лечебных и перевязочных материалов. [2, 15]. Куватов Гумер Галимович – выпускник медицинского факультета Казанского университета (1917 г.), будучи главным врачом 446 госпиталя Двинского фронта, был приглашён 23 мая 1919 г. Военно-революционным комитетом ВССР на должность народного комиссара здравоохранения БССР, а 9 июня уже назначен. Несмотря на тяжёлое положение медико-санитарного дела в республике, он деятельно принимается за работу. Организовывать тогда центральный аппарат не имело смысла, т.к. предполагался переезд в г. Стерлитамак, к тому времени освобождённый от белогвардейцев. 12 июня Г.Г.Куватов едет из г.Саранска в г. Москву за получением медикаментов, перевязочного материала и предметов по уходу за больными, а также приглашением на службу лиц с медицинским, санитарным и фармацевтическим образованием. Приехав в г. Стерлитамак в начале 1919 г. (куда к этому времени прибыл Башвоенревком) с 1 провизором, 1 аптекарским помощником, 3 фельдшерами и 2 сестрами милосердия. Г.Г.Куватов приступает к организации Народного комиссариата здравоохранения, который стал более или менее правильно функционировать 10 сентября 1919 года.

15 мая 1920 г. была разработана новая конструкция Башнаркомздравицы, который имел 10 отделов с общим количеством работников 187 человек. В кантздравотделах в свою очередь были увеличены штаты и приданы в каждый опытные врачи из приехавших в Башкирию из России. [2, с.22].

В 1921 г. в целях распространения санитарного просвещения были отпечатаны в феврале месяце следующие листовки на башкирском языке: 1) «Возвратный тиф» - 4000 экз., 2) «Как передаётся зараза» - 3000 экз., 3) «Уничтожайте насекомых, переносчиков заразы» - 3000 экз. и 4) «О чистоте» - 3000 экз. Указанные листовки распространены по кантонам. [2, с.26]. Была установлена должность заместителя народного комиссара здравоохранения на которую был назначен Александр Кузьмич Парфёнов. Согласно распоряжению Наркомздравицы РСФСР в республике стали читаться лекции по санитарии и медицине для заключённых в доме принудительных работ. [2, с.27]. Башнаркомздравом были разосланы по все кантонам инструкции по организации борьбы с эпидемиями и принятию мер по их ликвидации. Необходимо отметить, что все эти работы проводились в жизнь Отделами лечебными и санитарно-эпидемиологическим по ранее разработанному плану.

В 1930 г. произошло районирование Башкирской АССР, Аргаяшский и Кунашакский районы перешли по административному подчинению в Челябинскую область. Из год в год росло количество прочитанных лекций на разных предприятиях и организациях, в различных

городах и населенных пунктах. В здании по ул. Октябрьской революции, 10, размещался Медицинский отдел Башкирского научно-исследовательского института, который проводил экспедиции в районы и города республики, печатал медицинскую документацию, оказывал содействие в организации медицинской помощи населению. На заседании Комиссии Медицинского отдела БНИИ от 14 ноября 1931 года была проработана структура Научно-исследовательского института социалистического здравоохранения и гигиены Башнаркомздрава, на котором присутствовали: М.В.Вакуленко, Е.Л.Воронов, И.И.Геллерман, Г.В.Голубцов, Д.И.Татаринов, Б.Х.Усманов, Ф.К.Фильберг. Институт начал свою работу в январе 1932 года под руководством народного комиссара здравоохранения республики Киньябая Хайретдиновича Ишмухаметовича (директор), заместителем директора был назначен Г.В.Голубцов (старший врач детской больницы), учёным секретарём – врач-ортопед и курортолог Зотов. [3, с. 78-85]. В структуре этого института был отдел, который вплотную занимался санитарно-просветительной работой по всей республике. Значение данного института требует дополнительного изучения, т.к. его отделы и кабинеты возглавляли будущие заведующие и сотрудники кафедрами Башкирского государственного медицинского университета (Байтеряков, Голубцов, Кудояров, Садовников и др.). В связи начавшимися политическими репрессиями по всей стране, в т.ч. и в Башкирской АССР директор НИИ социалистического здравоохранения и гигиены Башнаркомздрава был арестован в 1937 г. (в 1956 г. посмертно реабилитирован), после его ареста НИИ до Великой Отечественной войны постепенно был расформирован, большинство его сотрудников перешли работать в БГМИ и лечебные учреждения г. Уфы [4, с.11-13]. Данная трагическая ситуация не остановила деятельность Дома санитарного просвещения Башнаркомздрава.

В годы Великой Отечественной войны и послевоенные годы сотрудники Дома санитарного просвещения, как и другие учреждения здравоохранения, делали всё возможное для укрепления здоровья и трудоспособности населения республики, профилактики и ликвидации болезней. Велась пропаганда в цехах промышленных предприятий, эвакогоспиталях, лечебных учреждениях, общежитиях, учебных заведениях, донорства и профилактики инфекционных заболеваний. [5, с.179]. Например, в эвакогоспитале №1741 (прим. авт.: ныне Городской госпиталь ветеранов войн). Вся партийная и воспитательная работа в госпитале проводилась по плану, который составлялся ежемесячно и отражал содержание работы на каждый день. В госпитале было организовано военное обучение раненых, на занятиях изучались уставы, памятки, снайперское дело и т.д. Эти занятия проводились с выздоравливающими солдатами и офицерами, которые должны были вернуться в строй. Дисциплина в госпитале соблюдалась всеми ранеными и больными. Для раненых и больных часто организовывались концерты, демонстрация фильмов (даже в

палатах). Было организовано трудовое обучение: функционировали курсы счетоводов, кружок фотографов, проводились занятия по игре на баяне. В палатах 1-2 раза в месяц силами шефов и общественниц проводилось художественное чтение литературы. Одним из организаторов этих мероприятий был Дом санитарного просвещения. Активно и интересно работала библиотека. Раненые полюбили многих героев произведения Михаила Шолохова, Алексея Толстого, Максима Горького, большим спросом пользовалась научно-техническая литература по авиарадиотехнике, электротехнике и др. Систематически выпускались фотогазеты, которые отражали повседневную жизнь госпиталя. [6, с.54-55]. Такое положение дел было практически в каждом эвакогоспитале, дислоцированным на территории республики.

В феврале 1948 г. приказом Министра здравоохранения СССР было утверждено «Положение о Доме санитарного просвещения». В 1962 г. Дом санитарного просвещения Министерства здравоохранения Башкирской АССР получил статус Республиканского дома санитарного просвещения, а в республике в разные годы были организованы городские дома санитарного просвещения в гг. Салават (1962 г.), Стерлитамак (1966 г.), Уфа (1969 г.), Туймазы (1979 г.), Нефтекамск (1983 г.), Октябрьский (1984 г.), Ишимбай (1991 г.). [5, с.179]. 1 июля 1989 г. согласно Приказа Министерства здравоохранения Башкирской АССР №321-Д Республиканский дом санитарного просвещения был переименован в Республиканский Центр здоровья, а 8 сентября 1993 г. Приказом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан №455-Д – в Башкирский центр медицинской профилактики. Смена названий учреждения не меняет специфику его работы на протяжении 90 лет, которое отмечалось 1 сентября 2011 года, а именно: санитарное просвещение и медицинская профилактика, что является составной частью профессиональной деятельности каждого медицинского работника. Профилактическое же направление в здравоохранении завоёвывает всё большую популярность, ибо в деле охраны и укрепления здоровья повышение медико-санитарной грамотности самого населения играет важнейшую роль.

Выводы:

- 1) Первое правильное название учреждения – «Дом санитарного просвещения имени Мечникова»
- 2) Организацию и помощь в работе Дома санитарного просвещения имени Мечникова последовательно осуществляли: Народный комиссариат здравоохранения Башкирской АССР (с 1946 – Министерство здравоохранения); медицинский отдел Башкирского НИИ, Научно-исследовательский институт социалистического здравоохранения и гигиены Башнаркомздрава; Башкирский государственный медицинский институт (ныне: университет).

**Источники и литература:**

1. ЦГИА РФ ФР-443, опись 1, дело 98, лл.61-62.
2. Медицина в Башкирии (Краткий очерк деятельности Башнаркомздрава в пределах Малой Башкирии, за время 1919-1922 гг.). Издание Организационно-административного отдела Башнаркомздрава. Уфа, 1923, 39 с.
3. ЦГИА РБ. Фонд 444, опись 1, ед.хр. 66а, лл. 78-85.
4. Народные комиссары и министры здравоохранения Башкирской АССР (Республики Башкортостан). Уфа, 2008.
5. Материалы научно-практической конференции, посвящённой 80-летию здравоохранения Республики Башкортостан. Уфа, 1999, 220 с.
6. Тимербулатов В.М., Мустафин Х.М., Киньябулатов А.У. Эвакогоспитали в Башкортостане в 1941-1945 годах. Уфа, 2010, 200 с..

УДК 930.24.35.

**Д.С. Рыбкина, С.В.Зарипов Е.С. Карпова, Н.А. Дьякова, Э.А. Гимадова**

**СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**

**В БАШКИРСКОЙ АССР**

**Научный руководитель — к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

*Аннотация. Становление и развитие оториноларингологической службы в Башкирской АССР неразрывно связано с отделениями ЛОР-1 и ЛОР-2 Республиканской клинической больницы имени Г.Г.Куватова.*

*Ключевые слова: оториноларингология, Республиканская клиническая больница имени Г.Г.Куватова.*

Актуальность: История развитие и становление оториноларингологической службы в Башкирской АССР неразрывно связано с Республиканской специализированной клинической больницей.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения об истории становления оториноларингологической службы в Башкирской АССР.

Задачи: Проанализировать особенности развития оториноларингологической службы.

Материалы и методы: В работе использован исторический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Зарождение, развитие и становление оториноларингологической службы в Башкирии неразрывно связано с Республиканской специализированной клинической больницей. Бывшая земская больница явилась колыбелью молодой оториноларингологии. Ее славная летопись начинается с 1921 года, когда единственный оториноларинголог как специалист начал оказывать амбулаторную помощь в этой больнице. Через 10 лет стало 7 оториноларингологов, усилиями этих врачей в 1932 году на этой же базе была создана лечебница болезней уха, горла, носа на 25 коек. Этот год знаменателен открытием Башкирского государственного медицинского института, которое решало проблему подготовки врачей из коренной национальности. Реальная возможность специализации врачей по оториноларингологии появилась в связи с основанием в 1937 году ЛОР-кафедры на базе существующей ЛОР-лечебницы. Первым руководителем клиники и основателем научного общества оториноларингологов был профессор Н.Н.Лозанов,

многогранная плодотворная деятельность которого способствовала значительному количественному и качественному росту оториноларингологов в Башкирии. Заложенные им добрые традиции научно-практической деятельности кафедры были продолжены и преумножены по велению времени с 1939 года профессором С.В.Михайловским, а с 1946 года профессором В.А.Смирновой. Яркие страницы в развитии оториноларингологии вписаны профессором В.А.Смирновой, которая в течение 20 лет возглавляла ЛОР-службу в Башкирии.

С 1966 года продолжала эту работу ее ученица профессор А.И.Бикбаева. Происходит интенсивный рост оториноларингологических кадров, ЛОР-клиника превратилась в кузницу врачей для Башкирии: с 7 оториноларингологов в 1937 году их число возросло до 64 в 1952 году, 156 – в 1972 году и 222 – в 1976 году. Оториноларингологическое отделение со дня своего возникновения в Республиканской специализированной клинической больнице стало организационно-методическим и научным центром ЛОР-службы в Башкирии. Такое центральное положение обеспечивала ему дислокация на его базе кафедры болезней уха, горла и носа Башкирского медицинского института. Событием огромной важности для развития в Башкирии медицинской науки вообще и оториноларингологии в частности явилось длительное пребывание в г.Уфе в годы Великой Отечественной войны двух выдающихся медицинских коллективов – Украинской Академии медицинских наук и 1 Московского медицинского института. Научная и практическая помощь известных ученых России и Украины – академиков Н.Д.Стражеско, А.А.Богомольца, А.В.Палладина, В.Х.Василенко, Б.И.Егорова и др. – способствовала формированию научно-исследовательского центра в Башкирии. Коллективы ЛОР-кафедры и отделения одними из первых исследовали практическую ценность в терапии некоторых ЛОР-болезней антиретрикулярной цитотоксической сыворотки, предложенной академиком А.А.Богомольцем, терапевтический эффект викасола, рекомендованного академиком А.В.Палладиным. Была заложена клиническая направленность научно-исследовательской работы оториноларингологов, которую мы достойно продолжаем. Запросы практической оториноларингологии всегда были и продолжают оставаться основой научных поисков врачей отделения и сотрудников кафедры. Научно-практический рост оториноларингологии происходит параллельно росту Республиканской клинической больницы. Неуклонное увеличение коечного фонда, появление специализированных служб и расширение существующих взаимообогащают клинические отделения и способствуют развитию комплексных проблем. Значительно улучшилась материальная база оториноларингологов больницы, 100 коек двух ЛОР-отделений предназначены для обслуживания наиболее сложных оториноларингологических взрослых больных; детская оториноларингология

получила собственное отделение на 60 коек в Республиканской специализированной детской клинической больнице. Это – основные базы кафедры, на которых проводится квалифицированное преподавание оториноларингологии студентам лечебного и педиатрического факультетов Башкирского государственного медицинского института.

В центре внимания оториноларингологов клиники находится сельское здравоохранение. Интенсивная подготовка врачей через аспирантуру, клиническую ординатуру, первичную специализацию способствовала значительному улучшению ЛОР-помощи на селе. Укомплектованы оториноларингологами почти все районные центры Башкирии, созданы межрайонные базы оказания стационарной ЛОР-помощи.

По актуальным вопросам оториноларингологии проводятся Всероссийские, республиканские, межрайонные конференции, семинары, декадни, плановые консультативно-методические и экстренные выезды во все города и районы Башкирии.

Большая лечебная, организационно-методическая работа оториноларингологов Республиканской больницы сочетается с научными исследованиями, исходящими из нужд практической оториноларингологии. Тонзиллярная проблема остается на протяжении многих лет одной из ведущих не только по количеству больных, но и в силу разряда нерешенных вопросов этиологии, патогенез, лечения, профилактики ангин и хронического тонзиллита. В течение многих лет клиника изучала этиологию острых ангин, проводилась сравнительная оценка различных методов их терапии, изучалась терапевтическая ценность ряда лекарственных средств с учетом воздействия них на В-гемолитический стрептококк, определяющий контагиозность ангины, на реактивность организма, а также на предупреждение тонзиллярных осложнений (А.И.Бикбаева). В исследованиях по хроническому тонзиллиту рассматривалось значение аденовирусов в этиологии его, результаты консервативной терапии простых, компенсированных форм хронического тонзиллита (Н.Г.Габбасова). Изучались вопросы иннервации небных миндалин в связи с хроническим тонзиллитом, а также взаимосвязь его с сердечным рефлексом (Н.Н.Корниенко). На протяжении нескольких лет изучали течение ревматизма после тонзилэктомии у детей и значение отоневрологического исследования в диагностике церебрального ревматизма, его активности в оценке проводимой терапии (А.И.Бикбаева и С.И.Назырова). Тонзиллэктомия как метод лечения декомпенсированного хронического тонзиллита производится во всех городах и центральных районах Башкирии. В клинику же госпитализируются больные хроническим тонзиллитом для хирургического лечения с весьма отягощенным анамнезом и с целью дальнейших научных поисков оптимального решения консервативной терапии компенсированных форм этого страдания.

В течение многих лет проводились исследования по выяснению некоторых причин

атрофических процессов слизистой оболочки верхних дыхательных путей, изыскивались пути их терапии. Экспериментальные работы А.Р.Шустера подтвердили значимость крылонебного узла в возникновении атрофического процесса в слизистой оболочке полости носа. Отмечалось благоприятное влияние кумыса при атрофическом фарингите (В.А.Смирнова и А.В.Михайловский). Изучались этиология и патогенез озоны в связи с биогеохимическими особенностями окружающей среды. Установлена зависимость озоны от степени недостаточности йода в природе, характерной для Урала. В очагах эндемического зоба недостаточность йода оказалась большей. У больных озоной выявлено нарушение йодного обмена, чаще по типу гипотиреоза той или иной степени. Экспериментально путем сочетания гипотиреоза с длительным воздействием на крылонебный узел подопытных животных получена приближенная модель озоны с атрофией слизистой оболочки полости носа, метаплазией цилиндрического мерцательного эпителия в многослойный плоский ороговевающий, атрофией костных стенок и наличием корок. Полученные данные позволили допустить возможность возникновения озоны на почве нарушения йодного обмена, как следствие йодной недостаточности в природе (А.И.Бикбаева). Многие годы клиника уделяет значительное внимание воспалительным процессам придаточных пазух носа. Выяснилась этиология серозных гайморитов, уточнялась их клиника. Получен положительный эффект в лечении этого заболевания путем промывания пазухи настоем зверобоя (В.М.Соколов).

Рост аллергических заболеваний побудил клинику к научным поискам по изучению частоты, диагностики и лечения аллергических заболеваний дыхательных путей и уха. Создание аллергологической службы в республиканской больнице облегчило вопросы научной разработки этой проблемы. В клинике накоплен определенный положительный опыт по лечению аллергических риносинуситов (О.И.Стригина). Остаются в центре внимания риносинусогенные внутриорбитальные и внутричерепные осложнения (С.Б.Саитова и соавт.). Серьезность прогноза, трудность диагностики и лечения диктуют расширение использования электрофизиологических методов в диагностике и реабилитации трудоспособности. Наличие электрофизиологического кабинета в больнице позволяет благоприятно использовать электрофизиологические параметры. В клинике широко и весьма эффективно производятся пластические операции на гортани, трахее в связи с нарушением иннервации или рубцовыми процессами. Удаление инородных тел из дыхательных путей производится путем верхней трахеобронхоскопии. Работая в тесном контакте с отделением грудной хирургии и реанимационно-анестезиологическим отделением врачам удается оказать действенную помощь при осложненных инородных телах дыхательных путей и пищевода.

Совместно с отделением грудной хирургии осуществлен положительный научный подход к лечению острых ожогов пищевода, создан республиканский центр в отделении

грудной хирургии по лечению данной патологии (Ф.Г.Валеев, А.И.Бикбаева, У.А.Алексеев).

Усилиями оториноларингологического и гематологического отделений разработаны патогенез и клиника некоторых вторичных носовых кровотечений, предложена патогенетическая терапия (А.И.Бикбаева, Р.Ибрагимов). Весьма актуальной остается воспалительная патология среднего уха. На протяжении длительного времени больные с заболеванием среднего уха составляют 30% больных ЛОР-кабинета поликлинического отделения республиканской клинической больницы. Пристальное внимание клиника уделяет этой проблеме не только в силу частоты этого заболевания, с ним связана проблема тугоухости и отогенные внутричерепные осложнения, представляющие основу оториноларингологической летальности. Научные исследования по данной проблеме позволили установить впервые в Советском Союзе этиологическую роль аденовирусов в возникновении хронического гнойного среднего отита и его осложнений в 18% наблюдений. Была разработана клиническая картина аденовирусных хронических гнойных средних отитов. Также впервые в Советском Союзе врачи использовали интерфероновую реакцию лейкоцитов в прогнозе отогенных внутричерепных осложнений (Н.А.Арефьева).

Изыскиваются метода консервативной терапии хронических гнойных мекотимпанитов с учетом температурной реакции среднего уха и исходной рН его. Клинические и экспериментальные исследования показали неблагоприятное влияние борного спирта на среднее ухо, в связи с чем рекомендовано ограничение его использования в отиатрии (А.А.Муратаев).

Клиника интенсивно изыскивает оптимальные варианты слухоулучшающих и слухосохраняющих операций с учетом поступления на эти операции больных из сельской местности. Проявляется особая гибкость в их предоперационной подготовке (А.И.Бикбаева, Е.З.Лиснянский, О.И.Стригина). Изучаются пути улучшения послеоперационного ведения больных. Отогенные внутричерепные осложнения, как и прежде, остаются в центре внимания оториноларингологов. Трудность диагностики, высокий процент смертности, длительность пребывания в стационаре, большой период реабилитации трудоспособности – вот основные задачи этой проблемы, и клиника их изучает уже на протяжении 40 лет (В.А.Смирнова, 1953; В.А.Кудрявицкий, 1953; А.И.Бикбаева и Е.З.Лиснянский, Н.А.Арефьева, 1976). Остается фактом, что число внутричерепных осложнений, рассматривая большой отрезок времени, растет: от 277 в 1937-1952 гг. до 453 в 1955-1974 гг.

Несомненно, в выявлении таких больных сыграла роль общая организация здравоохранения, однако высокая степень аллергизации населения и особенно распространение вирусной инфекции, все чаще дают интракраниальную патологию при ушных заболеваниях. В этом свете особая роль в первичной диагностике отводится врачам

общего профиля сельских районов Башкирии. Между тем в ЛОР-клинику поступают больные с хроническим гнойным отитом, сопровождающимся внутричерепным осложнением на 5-30 и даже 60-й день лечения антибиотиками в сельских больницах. Оперативное вмешательство при отогенной абсцессе мозга и мозжечка, сепсисе, менингите, экстра- и субдуральном абсцессах производится в ЛОР-отделении РКБ практически в 1 – 2-е сутки поступления больного. В своевременной диагностике важную роль стали играть электрофизиологические (РЕО-, ЭХО-, ЭЭГ), иммунологические (интерфероновая реакция лейкоцитов, цветная осадочная реакция мочи, абсолютное число эозинофилов) методы.

Изменилась сама тактика хирургического лечения. Наибольшую перспективу имеет комбинированный способ опорожнения абсцесса мозга и мозжечка отоларингологом и нейрохирургом. Основное значение в борьбе с отогенными внутричерепными осложнениями имеет совершенствование диспансерного обслуживания больных хроническим гнойным отитом, ранняя госпитализация их при обострении процесса в ухе.

С 1966 года на базе ЛОР-клиники функционирует слухоулучшающий центр. Хорошее оснащение и наличие соответствующих кадров позволяет осуществлять слухоулучшающие операции при отосклерозе, адгезивном отите, тимпаносклерозе, хроническом гнойном среднем отите, экссудативном отите, операции при болезни Меньера. Наличие значительного процента больных отосклерозом в первые годы существования центра побудило провести углубленное исследование по разработке показаний к операции на стремени различными способами в зависимости от характера отосклеротического очага (А.Я.Наседкин). Сурдологический кабинет функционирует в республиканской больнице с 1952 года. Сейчас сурдологическая служба включает 4 кабинета – центр сурдологической помощи в республиканской больнице, второй кабинет – в Республиканской детской клинической больнице, третий - для детей г,Уфы и четвертый – в г.Стерлитамаке.

Эти кабинеты укомплектованы сурдологами, сурдопедагогами, логопедами и психоневрологами, оснащены новейшей аппаратурой.

Работа этой службы многогранна в плане диагностики, лечения и профилактики различных форм тугоухости, диспансеризации. В процессе оказания ЛОР-онкологической помощи отоларингологическая клиника сыграла ведущую роль. С 1965 года стал осуществляться научный подход к этой проблеме, были разработаны в эксперименте различные аспекты этой проблемы. Наряду с тотальной ларингэктомией производятся разные варианты экономных резекций гортани в поане комбинированной терапии. Научные поиски кафедры привели к расширению показаний в операции Крайля. Подготовленный клиникой через клиническую ординатуру врач А.С.Лихтер продолжил добрые традиции кафедры в онкологическом диспансере , где были выделены койки для больных

рассматриваемого профиля.

Отоларингологическая клиника в силу своего центрального положения не могла быть в стороне от профессиональной патологии. На протяжении многих лет оториноларингологическая клиника интенсивно изучала влияние на верхние дыхательные пути новых токсичных веществ или комбинации паров и газов: аэрозоля монохлоруксусной кислоты, сернистого газа, хлористого водорода (Е.З.Лиснянский); бутилового спирта, ацетальдегида, кротонового альдегида, уксусной кислоты (Р.А.Колесникова), а также ряда других малоизученных веществ, образующихся в процессе производства синтетического спирта, каучука, витаминов и других продуктов химии и нефтехимии.

Характерной чертой этих исследований являлся поиск ранних проявлений профессионального поражения верхних дыхательных путей в клинике и эксперименте, основанный на использовании комплекса методик, способных отразить единство морфологии и физиологии. Применение аппаратуры дало возможность провести на современном уровне математическую обработку полученного материала. Были разработаны и внедрены новые аппараты для исследования влажности выдыхаемого воздуха и обоняния.

Изучено влияние многосернистых соединений на вестибулярный анализатор (М.Ф.Газизов), раскрыты некоторые механизмы общетоксического воздействия продуктов нефтепереработки. Отоневрологическая служба в нашей больнице возникла как необходимость для растущих оториноларингологических, неврологических и нейрохирургических отделений. Она улучшила диагностику патологических состояний центральной нервной системы различного генеза. Фониатрическая служба в республиканской больнице существует в течение нескольких лет, хотя она не получила еще своего юридического оформления. Она оказывает помощь не только больным «голосоречевых» профессий. Фониатрия расширила свои возможности, поднялась на новую ступень с связи с прогрессом хирургии гортани. Фонопедические упражнения позволяют реабилитировать голос и речь больного после тотальных и частичных резекций гортани, после реконструктивных операций на гортани и трахее в связи с нарушением иннервации или рубцовым стенозом их.

Достижения отоларингологов в республиканской клинической больнице позволяют обеспечить полноту специализированной ЛОР-помощи населению в республике и сократить обращаемость больных в центральные клиники и институты страны..

Выводы: История становления и развития оториноларингологической службы в Башкирской АССР неразрывно связано с Республиканской специализированной клинической больницей.

### **Источники и литература**

1. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

2. Лукманов С. З. Развитие здравоохранения Башкирской АССР. Башкирское книжное издательство. Уфа, : 1958,36 с.

3. Центральный Государственный Архив общественных объединений Республики Башкортостан. Ф.122, оп. 24, д. 746, л.32.

УДК 930.24.26.

**С.М.Шамсутдинов, А.З.Фаюршин, И.С. Ефремов**

## **ПРОИЗВОДСТВО И ЗНАЧЕНИЕ КУМЫСА**

**Научный руководитель — к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

*Аннотация. Уфимская губерния стала центром кумысолечения в XX веке, большое значение придается способам приготовления кумыса от которого зависит эффективность лечения бронхолегочных заболеваний.*

*Ключевые слова: кумыс, кумысолечение.*

**Актуальность:** Изучение истории развития кумысодела в Уфимской губернии и Башкирской АССР имеет исключительно важное значение для лечения бронхолегочных больных.

**Цель исследования:** Ввести в научный оборот сведения о производстве кумыса в Уфимской губернии.

**Задачи исследования:** Проанализировать архивные и энциклопедические сведения о кумысе.

**Материалы и методы:** В работе использован исторический и сравнительный методы исследования.

**Результаты и обсуждение:** Кумыс представляет собой жидкий шипучий напиток приятного кисловатого вкуса, приготовляемый путем брожения из кобыльего и реже из верблюжьего молока и широко применяемый с леч. целью. Кобылье молоко по своему составу имеет большое сходство с женским молоком. По сравнению с коровьим кобылье молоко бедно белками, жирами и минеральными солями, но богаче сахаром. В отличие от коровьего молоко кобылье при свертывании под действием сычуга не образует видимого сгустка. При скисании казеин кобыльего молока выпадает в виде нежных мелких взвешенных хлопьев, почти не меняющих консистенции жидкости. По составу белков кобылье молоко, как и женское, относится к альбуминовому молоку (меньше 75% казеина). Кумыс—продукт брожения кобыльего молока. В зависимости от продолжительности брожения в молоке происходят следующие биохим. изменения. Удельный вес падает, плотный осадок уменьшается, молочный сахар разлагается с образованием молочной к-ты, алкоголя и углекислоты, кислотность резко нарастает. Белковые вещества точно так же претерпевают ряд существенных изменений (Горовиц-Власова и др.). Казеин частью

растворяется и пептонизируется, частью свертывается, образуя тонкую взвесь. Альбумин довольно быстро переходит в раствор с образованием простейших белковых соединений и продуктов их расщепления. Инихов на основании исследований, произведенных в 1929—30 гг. на курорте Шафраново, считает, что биохим. процесс созревания кумыса имеет слабо выраженный характер пептонизации и если в готовом кумысе из всех азотистых соединений на долю растворимых соединений приходится в среднем 40—45%, то это объясняется тем, что кобылье молоко имеет приблизительно такое же количество растворимых азотистых соединений. Указанные изменения есть результат молочнокислого и спиртового брожения, возбудителями которых являются палочки молочнокислого брожения, *Vac. bulgaricus*, *Vac. caucasicus*, *Vac. Orenburgii* и дрожжи—*Torula Kumyss*. Под влиянием брожения молочный сахар присоединяет частицу воды и распадается на моносахариды ( $C_{12}H_{22}O_{11} + H_2O = 2C_6H_{12}O_6$ ). Далее часть моносахаридов под влиянием молочнокислых бактерий распадается на две частицы молочной кислоты ( $C_6H_{12}O_6 = 2C_3H_6O_3$ ), другая часть под влиянием дрожжей распадается с образованием спирта и  $CO_2$  ( $C_6H_{12}O_6 = 2C_2H_5OH + 2CO_2$ ). Скорость кислотообразования зависит от  $t^\circ$  (оптимальная  $t^\circ$  32—36°), вида и расы молочнокислой палочки и от внесенного количества бактерий. Спиртовое брожение начинается несколько позже молочнокислого. Оно лучше всего идет при температуре 25—30°. Понижая или повышая  $t^\circ$ , можно ускорять или замедлять молочнокислое или спиртовое брожение, в результате чего получается кумыс с большей или меньшей кислотностью и с разным содержанием алкоголя. В зависимости от продолжительности брожения принято различать по возрасту три сорта кумыса: слабый, средний и крепкий. Они различаются физ. свойствами, видом, вкусом и пр. (см. табл. на след. ст.). По продолжительности брожения однодневный кумыс считается слабым, двухдневный — средним и трехдневный — крепким. Этот способ определения возраста кумыса весьма неточен, т. к. скорость брожения находится в зависимости от ряда причин. Для более точной стандартизации сортов кумыса по кислотности и удельному весу может быть принята следующая схема, которой обычно пользуются в настоящее время, причем на основании последних исследований Войткевича и Инихова в виду непостоянства количества  $CO_2$  необходимо кроме общей кислотности определять еще постоянную кислотность после удаления  $CO_2$  путем нагревания кумыса в течение 5 мин. при  $t^\circ$  68°. Для приготовления кумыса возбудитель кумысного брожения вносится в кобылье молоко в виде закваски; у башкир и киргизов самая обычная закваска— это приготовленный с осени осадок крепкого старого кумыса, хорошо промытый и высушенный на солнце (по-башкирски называется «кор»). По Д. Каррику приготовление этих т. н. «сухих кумысных дрожжей» производится так: берется осадок творога крепкого четырехдневного кумыса, промывается, выжимается и сушится на солнце, затем кладется в

глиняную банку и ставится в сухое, холодное место до весны. Иногда пользуются просто бутылкой старого кумыса, сохраняемого с осени. Посудой для приготовления у кочевников служат меха, сделанные из прокуренной лошадиной Шкуры, волосами наружу. Этот мех, называемый «саба» или «турсук», «бурдюк», имеет коническую форму с квадратным основанием и узким горлом. Мех шит ремнями. Меха, представляя огромное удобство при переездах кочевников, имеют тот недостаток, что их нельзя держать в чистоте, в швах остаются частицы казеина и жира, которые могут разложиться и испортить молоко. В настоящее время почти повсюду меха заменены коническими кадками, выдолбленными преимущественно из липы и называемыми «челяк» или «чиляк». Обычный башкирский и киргизский способ приготовления кумыса таков: берут два меха «саба» или два «челяка». В один из них наливают примерно 2 л старого кумыса и ведро свежего, немного остуженного кобыльего молока, процеженного сквозь кисею, затем смесь сбивают мутовкой минут 15 (обычно это делают вечером). Кадку покрывают холстом и оставляют на ночь при  $t^{\circ} 20—26^{\circ}$ . На другой день постепенно к этой жидкости прибавляют свежего молока до двух ведер и сбивают все время мутовкой через короткие промежутки. К вечеру готов слабый кумыс. Из этого запаса одну десятую доливают 2 ведрами молока и вновь получают слабый кумыс, а девять десятых переливают во вторую пустую кадку (челяк), прибавляют полведра свежего молока, слегка сбивают, покрывают холстом и оставляют на ночь при  $t^{\circ} 20—26^{\circ}$ . На другой день (при частом размешивании) к вечеру готов средний кумыс. Если средний кумыс при  $t^{\circ}$  в  $20—26^{\circ}$  оставить бродить еще на 12—16 часов, то он перейдет в крепкий. Применяемые для кумыса закваски часто бывают загрязнены посторонними микроорганизмами, что ухудшает качество кумыса. Поэтому еще в 1908 г. (Гинзберг, А. А. Бочинская) готовили кумыс из чистых культур в лаборатории. В 1923 году Горовиц-Власова ввела массовое приготовление кумыса из чистых культур в Оренбургском районе. Приготовление кумыса из чистых культур (лабораторный способ) производится следующим образом: одна пробирка со стерилизованным кобыльим молоком засеивается чистой культурой *Vac. bulgaricus*, а другая дрожжами (*Togula*); на 24 часа обе пробирки ставятся в термостат, после чего содержимое обеих пробирок выливается в бутылку с 50 г стерилизованного молока, снова помещается в термостат и каждые 6—8 часов доливаются кобыльим молоком. Через сутки получается бутылка крепкой закваски. Последнюю выливают в четвертную бутылку, прибавляют наполовину кобыльего молока, встряхивают каждые полчаса и через 12 часов выливают в челяк и в нем ведут разбавление молока в такой же последовательности до тех пор, пока не получится количество закваски, необходимое для массового производства кумыса. В дальнейшем кумыс готовят так: свежесырое и процеженное кобылье молоко, полученное с соблюдением самой тщательной чистоты (мойка рук доильщиц,

обмывание вымени у кобыл и т. д.), переносится в кумысную лабораторию, где оно снова процеживается и охлаждается. Молоко сливают в кадку, где находится закваска. Колич. закваски различно в зависимости от условий приготовления. Чем выше температура помещения, тем меньше требуется закваски. Обычно на ведро берут 10 бутылок закваски. Молоко, смешанное с закваской, нужно часто взбалтывать мутовкой для равномерного распределения в молоке микроорганизмов. Различают три способа приготовления К.: кадочный, кадочно-бутылочный и бутылочный. При кадочном способе молоко находится все время в открытых кадках и часто взбалтывается деревянными мутовками во время брожения. При кадочно-бутылочном способе молоко доводится в кадке до стадии молодого кумыса, а затем разливается в бутылки, в которых сохраняется некоторое время при комнатной  $t^{\circ}$ , после чего выносится на холод, чтобы приостановить или замедлить дальнейшее брожение. При бутылочном способе молоко из кадки разливается в бутылки тотчас же, как только начинается брожение, и дальнейшие процессы брожения происходят в бутылках, сохраняемых при соответствующей  $t^{\circ}$  до тех пор, пока кумыс не достигнет известной крепости. Бутылочный кумыс содержит больше  $CO_2$  и молочной к-ты и относительно меньше алкоголя. Практически наиболее пригоден кадочно-бутылочный способ. Довольно сложный и капризный процесс приготовления хорошего кумыса требует соблюдения известных правил: крайней чистоты во все моменты приготовления, прилежного взбалтывания и надлежащей равномерной  $t^{\circ}$  помещения, в котором готовится кумыс. Лучшая  $t^{\circ}$  для брожения кумыса—20—25°. В бродящем кумысе  $t^{\circ}$  повышается вследствие жизнедеятельности микроорганизмов до 30—33°. Если  $t^{\circ}$  в кумысной лаборатории выше 25°, кумыс нагреется при брожении выше 33°, вследствие чего молочнокислое брожение получит перевес над спиртовым, и кумыс приобретет слишком кислый вкус. Кумыс хорошего качества в бутылках пузырится. Газ через сифон вылетает с шумом. В стакане такой кумыс пенится, пена оседает постепенно. Кумыс отличается ароматным запахом и приятным кисловатым, слегка щиплющим вкусом. По внешнему виду хороший кумыс — равномерно пенящаяся жидкость молочнобелого цвета, без крупинок, при стоянии не дающая осадка. При несоблюдении вышеуказанных правил (надлежащей чистоты, соответствующей  $t^{\circ}$  и пр.) в кумысе может развиваться уксусное, маслянокислое и слизистое брожение, и получится непригодный к употреблению («больной») кумыс. Признаками таких испорченных кумысов при маслянокислом брожении служат прогорклый вкус, противный кислый запах и плавающие на поверхности капельки жира. Такой кумыс получается при недостаточном размешивании (взбивании) его и при слишком высокой  $t^{\circ}$  брожения и при попадании в корм кобылиц лопуха. Масляно-кислое брожение может появиться как в среднем, так и в крепком кумысе. Уксусное брожение наблюдается в слабом

и среднем кумысе: такой кумыс жидок, содержит мало  $\text{CO}_2$ , при стоянии дает обильный осадок, пахнет уксусом, очень кисел на вкус. Такое брожение развивается часто при низкой  $t^\circ$  (в ненастную холодную погоду). Слизистому брожению подвергается только молодой (слабый) кумыс; оно наблюдается при недостаточном количестве закваски и загрязнении посуды. Бывает главным образом в кадочном кумысе. В таком кумысе мало  $\text{CO}_2$ , он сладковатого, противного вкуса, при наливании тянется в нити. Испорченный кумыс вреден для здоровья; он может вызвать тяжелые гастрические явления (рвоту, боли в желудке, понос, недомогание и т. д.). Требуется большая осмотрительность при употреблении кумыса, приобретенного у местных кумысных кустарей, т. к. такие испорченные кумысы встречаются чаще именно у них. Здесь же нередко имеет место и подделка кумыса подмесью воды, коровьего и козьего молока и соды. Помимо условий, указанных выше, для получения лечебного кумыса необходимы здоровые кобылицы и хороший корм. Прежде считали пригодными только кобылиц киргизской, башкирской и калмыцкой пород. Теперь этот взгляд оставлен, и требуется только, чтобы кобылицы были здоровы, не очень молоды и не очень стары (не моложе 4 и не старше 10 лет), не первой жеребости, с молодым жеребенком-сосунком, и чтобы на них не ездили и не истощали слишком частой дойкой. — Долгое время огромное значение придавали степному ковылю, считая его необходимым кормовым средством для получения хорошего кумыса. Кобылицы, истощенные зимой бескормицей, чрезвычайно быстро поправляются на ковыльных пастбищах. Майский кумыс, получаемый в мае во время цветения ковыля, отличается особым ароматом и вкусом. Эти два факта и создали определенное мнение о значении ковыля. Но получение лабораторным способом «майского кумыса» в течение всего лета обнаружило, что наличие ковыля отнюдь не обязательно для получения кумыса хорошего качества. Упитанная и здоровая кобылица всякой породы, нерабочая, при наличии хороших кормовых трав (тимофеевка, пырей, вострец и друг.) дает молоко, из которого можно приготовить хороший кумыс. В некоторых местностях Оренбургского района готовят кумыс из верблюжьего молока, т. н. шубат. По своим свойствам и леч. значению он мало чем отличается от кумыса кобыльего молока. Делаются попытки приготовления кумыса из молока других видов животных. Так, в Крыму готовят кумыс из козьего молока. В Москве и других местах (Ейск) готовят кумыс из коровьего молока. По физико-химическим и вкусовым свойствам такой кумыс отличается от кобыльего, и о равноценности их говорить не приходится. Методика приготовления кумыса из коровьего молока, имеющая значение в смысле большей доступности этого напитка, нуждается еще в дальнейшем изучении. Рациональное кумысоделие возможно лишь при правильной организации кумысного хозяйства. Для бесперебойного снабжения кумысом необходимо достаточное количество дойных кобылиц, примерно одна дойная кобылица на

двоих курортных больных.

Выводы: Рациональное кумысоделеие возможно лишь при правильной организации кумысного хозяйства.

### **Источники и литература**

1. Виль, де А., Кефир, кумыс и протокваша, Казань, 1928;
2. Голубов Н., Клинические и бактер. исследования над кумысом, дисс, М., 1890;
3. Грачев Н., Сельское хозяйство в 1923 году в кумысолечебных районах, Курортное дело, 1923, №10;
4. Даркшевич Н., Значение климата в деле кумысолечения, *ibid.*, 1924, № 2—3;
5. Дохман А., Кумыс и его значение при лечении различных болезней, Казань, 1885;
6. Жебровский Э., К вопросу о действии кумыса при внутренних заболеваниях, Рус. врач, 1913, № 21, 22 и 23;
7. Зарницын П. и Григорьева В., Влияние кумыса на ход желудочной секреции по данным помоментного. исследования, Кур. дело, 1924, № 2—3;
8. Зарницын П., Экспериментальное обоснование некоторых деталей влияния кумыса и новые вехи в кумысолечении, Тер. арх., 1928, в. 5;
9. Каррик Д., О кумысе и его употреблении в легочной чахотке, СПб, 1901;
10. Михайлов Н., Очерк современных условий кумысолечения на востоке России, СПб, 1897;
11. Михайлов Н, Кумыс и современное положение кумысолечебного дела в России, СПб, 1907;
12. Михайлов М., К вопросу о возможности применения кумысолечения вне условий степных местностей, в частности в Иркутской губернии, Сборник трудов Гос. Иркутск, ун-та, Иркутск, выпуск 1, 1922;
13. Михайлов М, Лечение кумысом в амбулаторной практике, Иркутск, мед. т., 1926, № 5—6;
14. Михайлов М, Кумыс и кумысолечение в условиях Сибири и Бурреспублики, Верхнеудинск, 1929;
15. Мультиановский М., Кумысолечение в Сибири в прошлом и в настоящем, Кур.

дело, 1923, №3—4;

16. Мусерский Н. и Хрусталева А., Кефир и кумыс (Труды Сан.-гиг. ин-та ГИНЗ, в. 2, М.—печ.);

17. Омелянский В., Кефир и кумыс, П., 1923; Рубель А., Кумысолечение (Бальнеология практич. врача, под ред. А. Лозинского, П., 1916);

18. Хейсин М., Кумыс и кумысолечение, П., 1915;

19. Штанге В., Лечение кумысом и кефиром, Петербург, 1900;

20. Яхнин И., Кумысолечение, М., 1927.

УДК 930.24.27.

**А.В.Шарафутдинов, И.А.Амиргулов, А.А. Ибрагимов, Г.О.Курдиман, Н.О.Трофимов**  
**ПОДВИГ ВЫПУСКНИКОВ БГМИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

**Научный руководитель — к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

*Аннотация. В ноябре 2017 года научная и медицинская общественность республики будет отмечать 85-летие Башкирского государственного медицинского университета, значительный вклад в развитие здравоохранения Республики Башкортостан внесли её выпускники, среди них участники Великой Отечественной войны.*

*Ключевые слова: Башкирский государственный медицинский институт, Великая Отечественная война.*

Актуальность: Изучение истории Башкирского медицинского института имеет исключительное значение для подготовки будущих врачей.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о выпускниках БГМИ.

Задачи исследования: Проанализировать архивные материалы выпускников БГМИ.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: К.С.Шахова назначили командиром оперативно-перевязочного взвода медсанбата 81-й гвардейской стрелковой дивизии. Под Сталинградом наши войска освободили лагерь тяжело раненых советских военнопленных. Приходилось почти каждого оперировать по второму разу. Работал весь медсанбат, не зная ни сна, ни отдыха. Раненые поступали в медсанбат уставшие, изможденные, часто в состоянии тяжелого шока. Все медики испытывали чувство гордости за свою профессию, когда после хирургической помощи войны, в буквальном смысле слова, оживали на следующий же день.

В составе Степного фронта, а затем 2-го Украинского К.С. Шахов прошел через земли Румынии и Венгрии. День Победы застал его в Австрии. Великая Отечественная война сделала К.С. Шахова настоящим хирургом. В условиях войны выросла и окрепла любовь к избранной профессии, с которой он не расстается и по сей день.

После демобилизации из рядов Советской Армии К.С. Шахов работал в клинике госпитальной хирургии. Под руководством профессора А.А. Полянцева он продолжал совершенствовать свои знания и в 1962 году успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Клиника и лечение поддиафрагмальных перитонитов и абсцессов» (Волгоград,

1962 г.).

Работая в Башкирском медицинском институте ассистентом на кафедре, К.С. Шахов познал всю сложность преподавательского труда. Занятия со студентами он проводил увлекательно, азартно, стараясь каждому из них привить любовь к хирургии.

Коммунистическая партия и Советское правительство высоко оценивали заслуги К.С. Шахова перед Родиной. Грудь хирурга украшает орден Красной Звезды за оборону г. Сталинграда, орден Отечественной войны II ст., которым удостоили его уже в Австрии и боевые медали.

Сдав последний государственный экзамен в Архангельском медицинском институте и получив диплом врача-лечебника А.Г. Заозерский был мобилизован в 1941 году в ряды Советской Армии и в числе других врачей направлен в г. Вологду, а оттуда в г. Череповец, где была сформирована 286-я стрелковая дивизия. А.Г. Заозерский был назначен младшим врачом санитарной роты. В конце августа дивизия была переброшена по железной дороге в район г. Волкова, а затем по направлению к г. Ленинграду. Здесь проходили ожесточенные бои и наши войска несли значительные потери. Ценой огромных усилий все же удалось остановить натиск противника.

994-й стрелковый полк 286-й стрелковой дивизии занял оборону и одновременно вел активные боевые действия в районе населенных пунктов: Поречье, Хандрово, Вороново, озеро Долгое на участке протяженностью по фронту до 7 км.

В сложных условиях лесисто-болотистой местности медицинская служба полка успешно справлялась с задачами по медицинскому обеспечению подразделений полка, оказывая первую медицинскую помощь раненым бойцам и командирам.

Осуществлялся розыск, сбор и вывоз раненых с поля боя. Все раненые были эвакуированы в медпункт сан роты полка, а затем в медсанбат дивизии для оказания квалифицированной медицинской помощи. В 1942 году А.Г. Заозерский был уже командиром санитарной роты, а к концу войны - командиром операционной – перевязочной роты медсанбата дивизии. 286-я стрелковая дивизия участвовала в боевых операциях по освобождению от блокады г. Ленинграда, вела бои в районах Нижнего Новгорода и Нарвы, на Выборгском направлении, участвовала в освобождении Польши и Верхней Силезии, а также Чехословакии. День победы А.Г. Заозерский встретил в Венгрии. За личное мужество, проявленное в борьбе за независимости советского народа, он награжден орденом Красной звезды и медалью «За отвагу».

С 1958 года А.Г. Заозерский живет и работает в г. Уфе. Теперь он на заслуженном отдыхе, но продолжает работать преподавателем по стрелковому спорту на кафедре физического воспитания.

В 1940 году был призван в ряды Советской Армии врач Л.С. Врублевский. Он доблестно служил в ее рядах до 1962 года. С 1962 по 1968 год работал на кафедре военной подготовки. А в настоящее время подполковник мед службы в отставке кавалер 3-х орденов Красной звезды и 11-и боевых медалей Л.С. Врублевский работает в Уфимском горздравотделе инспектором по спец. работе.

В должности старшего врача 349-го стрелкового полка Л.С. Врублевский участвовал в боях с немецко-фашистскими захватчиками в районе Ловать (Северо-Западный фронт).

В ходе ожесточенных боев с превосходящими силами противника вдоль побережья реки оказалось много раненых. Медицинские сестры совместно с врачом Л.С. Врублевским в обстановке вражеского огня оказывали помощь раненым, которые не прерывным потоком поступали в перевязочную. Перевязочная не прекращала работу ни на минуту.

В этом неравном бою медицинская служба 349-го стрелкового полка с честью справилась с поставленными задачами, продемонстрировав пример мужества и отваги. В январе 1943 года был призван в ряды Советской Армии Кировским райвоенкоматом г. Уфы В.Р. Чевпечов.

В составе 1-го Украинского и 1-го Белорусского фронтов он служил командиром взвода зенитной артиллерии во 2-й гвардейской танковой бригаде. Бойцы взвода, которым командовал В.Р. Чевпечов, сбили 16 вражеских самолетов. Взвод зенитной артиллерии участвовал в Ковельской операции, в освобождении от фашистских захватчиков Украинской земли, Молдавии, Румынии, Польши, городов Люблина и Варшавы, при форсировании реки Одера и штурме г. Берлина. За ратные подвиги на фронте В.Р. Чевпечов был награжден орденом Красной Звезды и 3 боевыми медалями.

Демобилизовавшись из рядов Советской Армии в 1947 году, Валентин Романович вернулся в родную Башкирию и решил посвятить себя благородной и гуманной профессии - медицине. По окончании Башкирского медицинского института в 1952 году он работал главным врачом СЭС в Казахской ССР. За период с 1955 по 1970 год В.Р. Чевпечов вырос как научный сотрудник, защитив кандидатскую и докторскую диссертации. Он имеет более 40 научных трудов под его руководством выполнены и защищены 4 кандидатские диссертации. В течение ряда лет В.Р. Чевпечов работал заместителем директора уфимского НИИ гигиены и профзаболеваний по научной работе, а с 1974 года возглавляет кафедру гигиены труда и профзаболеваний в Башкирском медицинском институте.

В военной жизни командира отделения и роты автоматчиков сержанта Р.У. Ишмухаметова был такой эпизод.

«В конце августа 1944 года 287-й стрелковый полк, в котором служил Р.У. Ишмухаметов вел тяжелые бои в районе Шауля в Латвии. Прорвав оборону противника,

воинские части 51-й стрелковой дивизии во взаимодействии с другими частями вели наступательные бои с превосходящими силами противника. Противник был выбит из оборонительных позиций. К исходу дня воинские части и 51-й стрелковой дивизии вышли на рубеж реки Венты в 1,5 - 2 км южнее города Папиле. После ожесточенного боя от роты осталось не более одного взвода автоматчиков.

Около 6-7 часов вечера командир полка собрал всех на наблюдательном пункте и заявил, что по плану к исходу дня должен быть взят г. Папиле. Он возложил проведение этой операции на роту автоматчиков, где находился Р.У.Ишмухаметов. Роте автоматчиков дополнительно был придан взвод огнеметчиков и стрелковый батальон численностью не более одной роты.

Наши войска бесшумно вышли на исходный рубеж - левый берег реки Венты для атаки г. Папиле с южной стороны. Стоял тихий теплый августовский день. Вечерело. Короткое освещение, последние приготовления к броску.

Форсировав реку Венту, наши войска развернулись по фронту и с криком «Ура!», «Вперед за Родину!» ринулись, стреляя на ходу и сея панику в лагере ошеломленного противника. В течение полутора часов г. Папиле был взят нашими войсками, причем среди автоматчиков не было потерь и ранено. Противник по существу не сумел оказать существенного сопротивления. Такой дезорганизации противника способствовало еще и нарушение связи, осуществить которое было поручено Р.У. Ишмухаметову. К вечеру части советских войск подошли к северной окраине г. Папиле, где и укрепились. Весть о взятии города Папиле облетела все воинские части и соединения. Р.У.Ишмухаметов в этой операции выполнял обязанности командира взвода. От имени командующего армией, командира корпуса, командиров дивизий и полка, всем воинам была объявлена благодарность и они были удостоены боевых наград. Р.У.Ишмухаметову за проявленные мужество и находчивость в этой операции был вручен орден «Славы III степени». Кроме этого Р.У.Ишмухаметов награжден боевыми медалями «За отвагу», «За боевые заслуги», «За взятие г. Кинегсберга».

В настоящее время Р.У. Ишмухаметов работает доцентом в кафедре факультетской хирургии.

Бессмертной славой покрыли себя лихие джигиты 112-й (впоследствии 16-й гвардейской) Черниговской дивизии, которой командовал легендарный генерал М.М. Шаймуратов.

За боевые заслуги эта дивизия была награждена орденами Ленина, Красного знамени, Суворова II степени, Кутузова II степени, а 76 ее бойцов и командиров удостоены звания Героя Советского Союза.

Вместе с башкирской кавалерийской дивизией, славный боевой путь прошли и представители медицинской службы. Высокообразованным и всесторонне подготовленным специалистом зарекомендовал себя один из лучших врачей г. Уфы - ассистент кафедры нервных болезней А.А. Сарыгин. Будучи начальником санитарной службы дивизии с первых дней ее формирования он дошел до Эльбы и до г. Бренденбурга. Участвовала в боях на реке Олым, воевал в степях Дона и был с дивизией в окружении в тылу врага. Воинская и трудовая доблесть заслуженного врача БАССР, отмечено 6 орденами и 4 медалями.

В последние годы А.А. Сарыгин занимал ряд руководящих должностей от заведующего Уфимским горздравотделом и главного врача Республиканской клинической больницы до заведующего Уфимским облздравотделом.

Последние годы жизни А.А. Сарыгин работал главным врачом Башкирского курортного управления (умер 02 марта 1970 года).

Большую плодотворную жизнь прожил старший хирург 112-й Башкирской кавалерийской дивизии командир хирургического взвода медико - санитарного эскадрона А.Г.Давлетов (зав. кафедрой общей хирургии, доктор медицинских наук, профессор). Более 3000 операции произведено А.Г.Давлетовым военно- полевой обстановке. Ордена Отечественной войны I и II степеней, орден Красной Звезды, орден Трудового Красного знамени и многие боевые медали - заслуженная оценка подвигов врача хирурга А.Г.Давлетова на фронте. Десятки лет работал А.Г.Давлетов над проблемой, чтобы полностью исключить воспалительные процессы после операций. Материалы своих исследований он обобщил к кандидатской и докторской диссертациях. Ученый доказал, что желудочный сок и соляная кислота являются прекрасным средством для обеззараживания рук хирурга. Выдающийся ученый, заслуженный врач БАССР И РСФСР, заслуженный деятель науки БАССР (1967 г.) профессор А.Г.Давлетов занесен в книгу почета г. Уфы (1970 г.). Умер А.Г.Давлетов 7 ноября 1974 года на 76 году жизни.

Выводы: Выпускники БГМИ внесли свой вклад в Победу советского народа в Великой Отечественной войне.

### **Источники и литература**

1. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.
2. Тимербулатов В.М., Мустафин Х.М., Киньябулатов А.У. Медицинские работники Республики Башкортостан в 1941—1945 гг. Уфа, 2015 - 200с.

УДК 930.24.13.

**С.Я. Исмаилова, А.Д.Князева, Г.Р.Хамидуллина, И.С. Ефремов, Н.А. Дьякова**

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА УФЫ**

**Научный руководитель — к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

*Аннотация. Организация медицинской помощи в городе Уфе была проведена в кратчайшие сроки и с хорошим результатом, состояние здравоохранения города в настоящее время входит в число лучших городов России.*

*Ключевые слова: организация здравоохранения, городской отдел здравоохранения.*

Актуальность: Изучение истории организации здравоохранения города Уфы имеет свои традиции и исторические особенности, которые необходимо изучить методами истории медицины.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о деятельности учреждений здравоохранения города Уфы за 80-летний период.

Задачи: Проанализировать архивные материалы по здравоохранению города Уфы.

Материалы и методы: В работе использован исторический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Указом Государственной медицинской коллегии России от 19 января 1979 года в губернских городах были основаны врачебные управы, в том числе в г. Оренбурге. Так как г. Уфа в то время входила в состав Оренбургской губернии, эта дата взята за основу начала организации государственной системы здравоохранения г. Уфы. Таким образом, исторической дате исполнилось 210 лет. С созданием врачебной управы и утверждением ее инструкции началась работа по организации системы здравоохранения губернии. 1 июля 1922 года Постановлением Президиума Уфимского городского исполнительного комитета был образован отдел здравоохранения города Уфы. Первым заведующим горздравотделом была назначена доктор А.П. Попова. При организации отдела здравоохранения в его подчинение были переданы стационарные лечебные учреждения мощностью 1 020 коек и пять амбулаторий со штатами в количестве 512 единиц. Основной задачей отдела здравоохранения на тот период было обеспечение доступности и повышение качества лечебной помощи. 20-е и 30-е годы XX века были отмечены активным развитием учреждений здравоохранения г. Уфы. В январе 1923 года организован круглосуточный пункт

по указанию скорой и неотложной помощи на дому. В 1924 году начала работу малярийная станция. Открыты пять районных амбулаторий для обслуживания застрахованных рабочих, служащих и их семей. В этом же году, в числе первых в стране, был организован невропсихиатрический диспансер для оказания специализированной психиатрической медицинской помощи. В 1925 году начал работу первый медицинский пункт с целью оказания лечебно-профилактической помощи школьникам. В 1932 году произошло знаменательное событие для здравоохранения города и республики – открылся Башкирский государственный медицинский институт, что в значительной мере способствовало решению проблемы обеспечения врачебными кадрами лечебных учреждений. Великая Отечественная война внесла свои коррективы в развитие здравоохранения города Уфы и республики. Перед органами здравоохранения встали сложные задачи. Важнейшая среди них была организация оказания квалифицированной помощи раненым и больным воинам, возвращение их к военной и гражданской деятельности, обеспечение санитарного благополучия фронта и тыла. В городе Уфе было развернуто 36 эвакуогоспиталей. Организации их работы способствовала энергичная деятельность наркома здравоохранения республики С. З. Лукманова и заведующей Уфимским горздравотделом Г.М. Мухаметовой. Благодаря самоотверженному труду медработников, применению эффективных методов лечения почти половина бойцов и командиров вернулась в строй. Огромную роль в лечении раненых и больных сыграли ученые Башкирского медицинского института: профессора А.А. Полянцев, Н.И. Савченко, И.Ф. Случевский, Г.А. Алипов, С.В. Михайловский, В.А. Смирнова, В.А. Жухин, Г.Н. Терегулов, видные деятели Украинской Академии наук, а также профессора 1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова.

Достоинно проявили себя на фронтах Великой Отечественной войны медработники из города Уфы и республики. Двое удостоены звания «Герой Советского Союза», один – ордена Ленина, 84 – ордена Отечественной войны, 283 – ордена Красной Звезды, 10 – ордена Славы. Многие из них стали впоследствии руководителями лечебных учреждений города. Советское государство с самого начала приняло ряд декретов по защите материнства и детства. В 1923-1924 годы появились первые учреждения по охране материнства и младенчества, дома матери и ребенка, консультации для беременных женщин. В 1944 был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям.» учреждены почетное звание «Мать – героиня» и орден «Материнская слава». Вопросы охраны здоровья населения г. Уфы были и остаются актуальными. Особенно это стало заметно в последние годы, в период экономических и социальных преобразований нашего общества. В инфраструктуре города здравоохранение занимает ведущие позиции. За последние 10 лет сформировалась

муниципальная система здравоохранения с единой правовой базой, обеспечивающей конституционные права граждан на получение медицинской помощи. В разные годы отделом и управление здравоохранения г. Уфы руководили известные и опытные организаторы медицинской службы. С 2003 начальником службы управления здравоохранения Администрации городского округа город Уфа является доктор медицинских наук, профессор Виталий Васильевич Викторов. Во исполнение Указа Президента Республики Башкортостан «О мерах реализации в Республике Башкортостан приоритетных национальных проектов», учреждения здравоохранения города под руководством управления с 2006 года начали активную работу по всем направлениям приоритетного национального проекта «Здоровье». По итогам 2006 года можно судить о положительных сдвигах в оказании медицинской помощи населению города. Улучшается оснащенность ЛПУ современным медицинским оборудованием, укомплектованность кадрами участковой сети, совершенствуются профилактические мероприятия, существенно возросла заработная плата специалистов первичного звена.

В 2007 году напряженная работа учреждений здравоохранения города по реализации национального проекта «Здоровье» продолжается и проводится в рамках масштабных мероприятий по подготовке к 450-летию добровольного вхождения Башкирии в состав Российского государства. Накопленный за прошедшие 85 лет опыт позволяет с большой долей уверенности надеяться, что поставленные перед муниципальным здравоохранением задачи будут выполнены. Сегодняшняя Уфа – столица Республики Башкортостан – миллионный город со сформировавшимся укладом жизни, историческими традициями, развитой промышленностью и социальной инфраструктурой, в которой здравоохранение занимает ведущие позиции. Развитая материально-техническая база и кадровый потенциал позволяют оказывать лечебно-профилактическую помощь на самом современном уровне. Медицинскую помощь жителям столицы в рамках Программы государственных гарантий оказывают 53 лечебно-профилактических учреждения. Также в состав системы муниципального здравоохранения входят станция скорой медицинской помощи, два дома ребенка, детский санаторий «Дуслык», 4 муниципальные аптеки. Таким образом, всего в городском округе города Уфа функционирует 61 учреждение здравоохранения муниципальной формы собственности.

Стационарную помощь населению города оказывает 14 муниципальных больничных учреждений, в том числе два роддома. Их общая коечная сеть составляет 6 009 круглосуточных коек и 426 коек дневного пребывания. Уровень обеспеченности населения круглосуточными койками составляет 58,0 на 10 тысяч жителей. На страже здоровья населения стоят коллективы лечебно-профилактических учреждений, в которых трудятся

более 17 тысяч медицинских работников, в том числе 4,3 тысячи врачей, 7,7 тысяч средних медицинских работников. Более 56% врачей имеют квалификационные категории. В 2006 году учреждения муниципального здравоохранения активно включились в реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье». Работа муниципальных лечебно-профилактических учреждений проводится в соответствии с нормативными документами Российской Федерации, Республики Башкортостан, постановления главы Администрации городского округа города Уфа от 27.02.2006 г. №806 «Об утверждении основных мероприятий по реализации национального проекта в сфере здравоохранения в г. Уфе» и на основании Соглашения между Министерством здравоохранения Республики Башкортостан и Администрацией городского округа город Уфа Республики Башкортостан о взаимодействии в реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». По исполнению национального проекта в г. Уфе работают 25 взрослых, 7 детских учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, 4 родильных дома, 17 женских консультаций, станция скорой медицинской помощи. Отмечается положительная тенденция в укреплении кадрового потенциала участковых специалистов, количество врачей увеличилось за год на 90 человек, медицинских сестер – на 58 человек. Укомплектованность территориальных участков врачами в г. Уфе в целом составляет 90,4%, в том числе терапевтических участков – 87%, педиатрических – 97,6%. Укомплектованность участков городских поликлиник до начала реализации национального проекта составляла 60-63%. Благодаря федеральным выплатам среднемесячная заработная плата участковых врачей (17 789 руб.) и участковых медицинских сестер (10 727 руб.) существенно выше, чем у остальных работников отрасли здравоохранения (8 534 руб.). Одним из основных направлений национального проекта «Здоровье» является повышение профессионального уровня работников здравоохранения. В 2006 году прошли усовершенствование и первичную специализацию на кафедрах Башкирского государственного медицинского университета 458 врачей города Уфы. В рамках национального проекта в 2006 году в ЛПУ г. Уфы поступило 100 единиц оборудования на сумму более 86 млн. рублей. В том числе: 16 комплектов лабораторного оборудования. 21 рентгенологическая установка, 17 аппаратов УЗИ, 30 электрокардиографов, 16 эндоскопических установок. На полученном оборудовании уже проведено более 1.5 млн. исследований. Для подготовки помещений к установке рентгенологической техники из городского бюджета выделено 10,3 млн. рублей. Станцией скорой медицинской помощи получено 35 полностью оснащенных санитарных автомобилей (более 23,5 млн. рублей). В соответствии с разделом национального проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции» в 2006 году проведено 93 тысячи профилактических обследований на ВИЧ, впервые выявлено 211 ВИЧ-инфицированных, получили лечение 106 больных ВИЧ. В

настоящее время проводится специфическое лечение 160 больных ВИЧ, получено антивирусных препаратов на общую сумму – 5,7 млн. рублей. Национальным проектом «Здоровье» большие средства выделены из федерального бюджета на проведение профилактических мероприятий, в том числе на иммунизацию населения. В 2006 году в город Уфу поставлено почти 500 тысяч доз вакцин. Медицинскими работниками города привито 252 тысячи человек противогриппозной вакциной, краснухи, 965 детей – против полиомиелита. Результатом проведенной работы стало снижение инфекционной заболеваемости, по сравнению с 2005 годом, на 13%. Большая работа проведена по направлению приоритетного национального проекта «Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и детям». Для выявления врожденных заболеваний новорожденных (адреногенитальный синдром, муковисцидоз, галактоземия) обследованы в 2006 г. – 7 756 детей, за 6 месяцев 2007 года – 6 614 детей. В женских консультациях и роддомах города в 2006 году выдано 11 865 родовых сертификатов беременным и родильницам, по которым лечебными учреждениями получено 81 млн. 385 тыс. рублей, из них на заработную плату направлено более 40 млн. рублей, на приобретение лекарственных средств, оснащение медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения – 30 млн. рублей. Размер средней заработной платы за счет выплат по родовым сертификатам возрос у акушер-гинекологов женских консультаций до 12 тыс. рублей, у акушер-гинекологов в роддомах – до 14,9 тыс. рублей.

В городе стало добро традицией чествовать первых новорожденных года. И здесь налицо положительная динамика: в первые сутки 2007 года родилось 34 уфимца, тогда как в 2006 году их количество не превышало 29. Несомненно, сказывается повышенное внимание руководства Республики и муниципальной исполнительной власти, уделяемое службе детства и родовспоможения, Роддома и женские консультации укомплектованы современным лечебно-диагностическим оборудованием, выхаживания новорожденных и оказание помощи женщинам на современном уровне. Сохранение трудового потенциала страны служит одно из важнейших направлений национального проекта «Здоровье» - дополнительная диспансеризация. На 2006 год план диспансерных осмотров работников бюджетной сферы составлял 20 033 человека, осмотрено 21 321 человек. План медицинских осмотров работников вредных производств составлял 22 тыс. человек, осмотрен 26 281 человек. Результатом проводимой работы по реализации мероприятий национального проекта «Здоровье» стали положительные сдвиги в демографической ситуации в г. Уфе. За 6 месяцев 2007 года в двух районах города (из семи) количество родившихся превысило количество умерших. Из всех источников финансирования реализации мероприятий национального проекта только в 2006 году в городские учреждения здравоохранения

дополнительны привлечены финансовые средства в размере более 463 млн. рублей в том числе из муниципального бюджета – 13,6 млн. рублей (за 6 месяцев 2007 года – 7,3 млн. рублей). С 2005 года, во исполнение Федерального закона №122-Ф управлением здравоохранения проводится работа по дополнительному лекарственному обеспечению отдельных категорий населения. Право на получение ДЛО имеют около 100 тыс. граждан города Уфы. Цели программы ДЛО – повышение качества жизни наименее специально защищенных слоев населения, снижение тяжести заболеваний и темпов их возможного прогрессирования, частоты осложнений и возникновения осложнений. Сегодня механизм реализации системы ДЛО в городе Уфе в основном отработан, а вопросы, неизбежные в таком процессе, решаются в рабочем порядке. Поликлиники города оснащены компьютерной техникой, что позволило ускорить оформление рецептов. С 2002 года стал традиционным конкурс «Лучший врач года», «Лучший провизор года». Цель конкурса – выявление наиболее профессионально подготовленных специалистов, обладающих глубокими знаниями, высокой квалификацией и моральными качествами. Победителям конкурса вручаются премии и символические статуэтки «Эскулап». В 2005 и 2006 годах победителем номинации «Лучший участковый терапевт» главой Администрации городского округа города Уфы вручены ключи от квартир. Управление здравоохранения видит в этом дальнейшее совершенствование системы здравоохранения, рациональное и эффективное использование мощности коечного фонда стационаров, амбулаторно-поликлинических учреждений, скорой медицинской помощи. Больница скорой медицинской помощи. МУ «Больница скорой медицинской помощи городского округа город Уфа РБ» (БСМП) развернута на 820 коек. При оказании хирургической помощи применяются минимальноинвазивные технологии с использованием современной эндоскопической техники. Выполняются костно-пластические операции. Диагностические отделения оснащены ультразвуковыми аппаратами экспертного класса, компьютерным томографом, HiSpeed. На современном уровне проводится реабилитационная терапия.

Выводы: Результатом проводимой работы по реализации мероприятий национального проекта «Здоровье» стали положительные сдвиги в демографической ситуации в г. Уфе.

### **Источники и литература**

1. Киньябулатов А.У. Медики Республики Башкортостан. Уфа, 2009. – С.3—24.
2. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

УДК 930.24.29

**А.В.Шарафутдинов, И.А.Амиргулов, А.А.Ибрагимов, Г.О.Курдиман, Н.О.Трофимов,  
Е.С. Карпова, Э.А. Гимадова**

## **МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ПОГИБШИЕ В ВЕЛИКУЮ ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ВОЙНУ**

**Научный руководитель — к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

*Аннотация. В мае 2017 года медицинская общественность республики будет отмечать 72-годовщину Великой Победы советского народа в Великой Отечественной войне. Свою лепту внесли медицинские работники — башкиры, выпускники и преподаватели БГМИ.*

*Ключевые слова: Башкирский государственный медицинский институт, Великая Отечественная война, подвиг, врачебный долг.*

Актуальность: Изучение истории Башкирского государственного медицинского института имеет исключительное значение для подготовки будущих врачей.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о выпускниках БГМИ.

Задачи исследования: Проанализировать архивные материалы выпускников БГМИ.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты исследования: Народы всего мира со словами благодарности обращаются к живым освободителям, свято чтят память тех, кто пал смертью храбрых, отдав жизнь за то, чтобы ярким светом сияло солнце свободы.

Нами установлено, что 1305 медиков из Башкирии участвовали на фронтах Великой Отечественной войны. Однако не всем суждено было вернуться с войны. 92 медика (69 врачей, 23 средних медработников, 4 преподавателя из Башкирского медицинского института отдали свою жизнь за Родину и навсегда остались лежать в своих и чужих землях. Среди них было 63 врача-выпускника Башкирского медицинского института.

Мы узнали пока о немногих из них. Они не совершали каких-либо выдающихся подвигов. Они просто ушли на фронт и отдали свои жизни, защищая от фашистов Родину. Часть из них была награждена орденами и медалями Советского Союза, а большинство - не успели даже получить награды.

Нам удалось восстановить только некоторые далеко неполные сведения о погибших

на фронтах Великой Отечественной войны выпускниках Башкирского медицинского института. Память о них передается из поколения в поколение.

Весной 1970 года в Башкирском медицинском институте установлена мемориальная доска, на которой высечены слова «Вечная слава воспитанником Башкирского медицинского института, павших в боях за Родину».

Некоторые выпускники Башкирского медицинского института погибли в первые месяцы войны. Среди них: Давид Краснов, Соломон Ладыженский, Алексей Волков, Гильметдин Зайнетдинов, Игорь Лаврентьев, Эммануил Поляк и др. Молодежь сегодняшних дней, не испытавшая военных тягот, может воспринять с чувством долга и глубокого патриотизма много полезного из сравнительно недолгой, но достопримечательной жизни выпускников Башкирского медицинского института, отдавших жизнь во имя победы над врагом и поможет нам увековечить героические дела медиков - участников Великой Отечественной войны. Память о них передается из поколения в поколение.

1. М.И. Асанбаев (1908-1942 гг) председатель профкома института. Член КПСС с 1931 года. После окончания института с 23 октября 1938 года работал заведующим Мишкинской районной больницей. 25 июня 1941 года был призван в ряды Советской Армии. Во фронтовых условиях работал врачом хирургом медсанбата 391-го стрелкового полка. Последнее письмо от М.И. Асанбаева получено родственниками 18 августа 1941 года из г. Торопца Ново-Сокольнического района Калининской области (полевая почта № 481). Вскоре пришло извещение, как о пропавшем без вести.

2. Н.Н. Бобровский. (1920 1943 гг). После окончания института в 1942 году был призван в ряды Советской Армии и мобилизован на фронт. Работал в должности врача медсанбата. Погиб 19 апреля 1943 года под г. Новороссийском при налете вражеской авиации и прямом попадании авиабомбы в медсанбат. Похоронен на хуторе Шептальском Крымского района Краснодарского края. (Сведения из. Архива МО СССР от 24 октября 1975 г. за № 12 773).

3. В 1944 году при налете вражеской авиации и очередной бомбардировки г. Москвы погибла выпускница медицинского института 1943 года Анастасия Богданова.

4. Г.М. Валеев (1918- 1943 гг.) после окончания института в 1943 году сразу же был призван в ряды Советской Армии и мобилизован на фронт. Но служить долго не пришлось. Старший врач полка 47-й механизированной бригады Г.М. Валеев погиб 1 октября 1943 года. Похоронен в деревне Пугна Руднянского района Смоленской области. (Сведения из Архива МО СССР от 24 октября 1975 года за № 12 773).

5. А.М. Данович-Шигель (1921-1945 гг.) осенью 1943 года после окончания института была мобилизована на фронт. Так начала свою военную биографию, старший лейтенант

медслужбы полковой врач Ася Данович. Она прошла всю Германию. Бережно хранят родственники Аси старые, пожелтевшие от времени грамоты: «За овладение городами Дойч Кроне и Маркши-Фридланд» - важными узлами коммуникации и сильными опорными пунктами обороны немцев в Померании, «За отличные боевые действия при прорыве сильной, глубоко эшелонированной обороны противника на западном берегу реки Вислы южнее Варшавы», «За овладение городами Штутгарт, Нойштадт» - важными узлами коммуникаций и мощными опорными пунктами обороны немцев на Штеттинском направлении. «За овладение. Варшавой». Отлично владея немецким языком, она не раз выступала перед жителями освобожденных районов, рассказывая о советской стране. Женщина-врач страстно призывал к миру. В одном из городков на Эльбе 5 ноября 1945 года она выступала перед немецкими рабочими о 38-й годовщине Великого Октября. После митинга Ася возвращалась домой. Злая предательская пуля оборвала ее жизнь.

6. Г.Г. Зайнетдинов (1910- 1941 гг.) комсомольский вожак институтской молодежи. После окончания института он добровольно ушел на фронт, где героически сражался с врагом. Получено извещение как о пропавшем без вести.

7. В.И. Каширин (1912-1942гг.) после окончания института в 1939 году работал заведующим Кигинской районной больницей. В 1941 году был мобилизован на фронт. Погиб 6 мая 1942 года в Ново-Винницком районе Ленинградской области при налете вражеской авиации на госпиталь, в котором он работал врачом-хирургом. Похоронен в лесу, в 3 км юго-восточнее деревни Красная Вишера Мало-вишерского района Ленинградской области.

8. Н.С. Кильметова (1917-1943 гг.) после окончания института в 1942 году была призвана в ряды Советской Армии. Работала в младшем врачом 575-го стрелкового полка 161-й стрелковой дивизии. Погибла 21 февраля 1943 года. Похоронена в Ульяновском с\з Богодуховского района Харьковской области. (Сведения из Архива МО СССР от 24 октября 1975 года за № 12773).

9. В 1942 году погиб на фронте брат Н.С. Кильметовой – Закий Кильметов (1911- 1942 гг.), который окончил институт в 1939 году и состоял в списках призывников в Советскую Армию. Он по специальности не только врач, но и фармацевт. Это обогатило его знания и опыт в боевой обстановке и помогала при оказании помощи раненым. З.С. Кильметов погиб под Сталинградом. Место и обстоятельства гибели его неизвестны.

10. Коммунист Д.Б. Краснов (1897-1941 Гг.) был студентом института 1-го выпуска вечернего отделения. Участник трех войн: 1-й мировой, гражданской и Великой Отечественной. С первых дней войны Д.Б. Краснов ушел на фронт. Старший врач 327-го артиллерийского полка 186-й стрелковой дивизии, воен-врач 3 ранга Д.Б. Краснов вместе с госпиталем попал в окружение и был расстрелян на глазах у раненых (Западный фронт).

11. Сын Д.Б. Краснова комсомолец Михаил Давидович (1921-1943 гг.) мечтал поступить в Куйбышевскую военно-медицинскую академию. После окончания 4-го курса института в 1942 году был призван в ряды Советской Армии. М.Д. Краснов пал смертью храбрых через год после гибели отца.

12. Стоит на далекой белорусской земле мраморный обелиск на двухметровой белой доске золотыми буквами высечены слова: «В память о боевых действиях подпольной и патриотической группы деревни Тарасово и поселка Ратомки против немецко- фашистских захватчиков с июля 1941 по апрель 1942 года». Среди фамилий павших героев первой стоит фамилия военного врача 3-го ранга, выпускника Башкирского мединститута Ф.Ф.Кургаева (1914 -1942 гг.). После окончания института в 1939 году он работал в Мордовии. Архивные документы гласят: Ф.Ф. Курганов с первых дней войны бесстрашно сражался на Минских рубежах в составе 158-го стрелкового полка 64-й стрелковой дивизии. В течение нескольких дней танковая армада гитлеровского генерала Гота не могла пройти к г. Минску. Силы были неравными. 158-й стрелковый полк вместе с командованием 64-й стрелковой дивизии попал в окружение в районе деревни Тарасово. В г. Минск ворвались немцы. Фронт быстро уходил на восток. Командованием дивизии было принято о выходе из окружения. Тяжелораненых оставили у местных жителей в деревне Тарасово. Вместе с ними добровольно остались врач Филипп Кургаев и фельдшер Ефим Саблер.

В течение 10 месяцев, в условиях Ф.Ф. Кургаев ожесточенного оккупационного режима, совместно с местными патриотами. Ф.Ф. Кургаев лечил остановленных раненых красноармейцев и командиров, проявляя при этом большое мужество, храбрость и бесстрашие. И действительно, в подвиге Ф.Ф. Кургаева проявлялись самые лучшие черты советского человека. Раненых с помощью местных жителей разместили в здании правления колхоза. Тяжелораненые нуждались в срочной медицинской помощи, но не было перевязочного материала, медикаментов и квалифицированных помощников. Саблер до войны работал аптекарем. Пришла тревожная ночь. Метались в бреду раненые, звали на помощь. Казалось, не только люди, но и стены стонали от невыносимой боли и страданий.

В полночь одному из раненых – И.С. Туровцу - стало совсем плохо. Требовалась немедленная операция. Кургаев принял решение оперировать. Без анестезии, перочинным ножом при свете керосиновой лампы врач извлек из ноги раненого осколок. Раненый был спасен. И спустя 20 лет на митинге, посвященном открытию обелиска, подполковник И.С. Туровец с волнением вспомнил о тех незабываемых тяжелых испытаниях: «Тяжелораненый в бессознательном состоянии я был доставлен в деревню Тарасово. Лечил меня военный врач Ф.Ф. Кургаев. Ему и местным жителям я обязан своей жизнью».

Утром в деревню Тарасово ворвались гитлеровцы. Как озверелые набросились они на

раненых солдат, остервенело срывали повязки, сбрасывали раненых с соломенных матрацев. Топтали коваными сапожищами и без того изуродованные тела. Чудом остались живы Кургаев и Саблер. Спасло их только то, что они под видом раненых лежали в другом конце зала и гитлеровцы их просто не заметили. Фашисты решили, что раненые без медицинской помощи и пищи должны быть обречены на мучительную смерть. Здание правления обнесли колючей проволокой, поставили часовых. Теперь к правлению подойти было невозможно. Положение раненых было критическим - не было продуктов, отсутствовала связь с местными жителями.

С большим трудом удалось установить общение с местными жителями и доставать продукты питания. Затем была восстановлена связь с руководителями местного подполья: П.И.Бортником, В.И. Лопицким и другими. По решению подпольной организации выздоровевшие бойцы скрывались у местных жителей, а

затем переправлялись в партизанские отряды. Из 100 оставленных раненых, 80 удалось поставить на ноги и направить в партизанские отряды. Ф.Ф. Кургаев был основным руководителем Ратомско-Тарасовского подполья. Зимой 1942 года по заданию Минского подпольного горкома партии при непосредственном участии Ф.Ф. Кургаева из выздоровевших раненых и местных патриотов был организован партизанский отряд. Но уйти в лес многим не удалось. В ночь с 1 на 2 апреля 1942 года по доносу провокатора в деревне Тарасово и поселке Ратомка была проведена облава и схвачено сотрудниками гитлеровской «СД» руководители подполья, оставшиеся раненые, Ф.Ф. Кургаев и фармацевт интендант 2-го ранга Ефим Саблер. От жителей Тарасово известно, что каратели всю ночь мучили, истязали и избивали их до полусмерти, а затем скрутили колючей проволокой руки, долго держали раздетыми на жгучем морозе. На рассвете 2-го апреля всех расстреляли.

Но разве можно расстрелять память, живущую в сердцах людей. Теперь подвиг врача Ф.Ф. Кургаева не только раскрыт, но и увековечен в семиметровом мраморном обелиске. Именем Ф.Ф. Кургаева назван один из студенческих строительных отрядов в Башкирском медицинском институте. За мужество и героизм, проявленные в тылу врага на подпольной работе Ф.Ф. Кургаев награжден медалью «За отвагу» (посмертно).

13. А.Н.Курчеев (1918-1944 гг.) получил тяжелое ранение в голову. Вернулся домой в родную Башкирию. Оставшийся осколок дал о себе знать через несколько лет. Спасти А.Н.Курчеев не удалось.

14. В Сталинградской битве погиб К.П. Кусков (1917-1942 гг.) Константин Кусков до последнего патрона отбивал фашистскую атаку под Сталинградом.

15. И.А.Лаврентьев (1910-1941 гг.) Обладал поэзией и в часы досуга увлекался стихами. Он с отличием окончил институт в 1941 году и сразу же ушел на фронт И.А.

Лаврентьев погиб 16 сентября 1941 года в деревне Верхней Ольховке Ленинского района Калининской области, где и похоронен. В Башкирском краеведческом музее экспонирована книга, принадлежавшая Игорю Александровичу – «Хирургия», пробитая с осколком гранаты.

16. С.Л. Ладыженский (1912 - 1941 гг.) и С.Д. Воздвиженский (1917- 1941 гг.) до войны были неутомимыми и инициативными тружениками редакции институтской стенной газеты «За медицинские кадры». С исключительной боевитостью и остротой издавались номера это стенной газеты. Оба в первые дни войны ушли на фронт. Вскоре от шальной пули погиб Соломон Ладыженский, а партизан Сергей Воздвиженский был зверски замучен фашистами.

17. Ординатор 478-го полевого подвижного госпиталя военный врач 3-го ранга Е.Е. Михайлова (1918-1941 гг.) погибла 5 октября 1941 года на Западном фронте. Место захоронения неизвестно.

18. После прошедших ожесточенных боев под г.Ленинградом, в результате разорвавшегося снаряда погибла в 1942 году Е.М. Морозова (1918-1942 гг.).

19. В.М. Плетнев (1908-1946 гг.) был фотокорреспондентом в редколлегии институтской стенной газеты « За медицинские кадры». До наших дней сохранились фотографии, изготовленные В.М. Плетневым, удостоенные награды на 1-й Всебашкирской фотовыставке. Он получил диплом врача накануне войны.

Выводы: В первые годы Великой Отечественной войны погибло более 100 выпускников БГМИ.

### **Источники и литература**

1. Киньябулатов А.У. Медики Республики Башкортостан. Уфа, 2009. 378 с. с илл.
2. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.