

DOI: 10.21626/j-chr/2022-4(33)/7  
УДК: 001.891:61(470.323)''1935/1940''

История медицины

## НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КУРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ С 1935 Г. ПО 1940 Г.

© Данилова А.В., Долгарева С.А., Дудка В.Т., Иванов А.В.,  
Медведева О.А., Никишина Н.А., Ряднова В.А., Ткаченко П.В.

**Данилова А.В.** – заведующий библиотекой ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Долгарева С.А.** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой биологической химии, доцент ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Дудка В.Т.** – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой патологической анатомии, доцент ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Иванов А.В.** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой гистологии, эмбриологии, цитологии, профессор ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Медведева О.А.** – доктор биологических наук, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии, иммунологии, профессор ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Никишина Н.А.** – кандидат психологических наук, доцент кафедры гистологии, эмбриологии, цитологии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России  
**E-mail:** nan2008@mail.ru

**Ряднова В.А.** – ассистент кафедры общей гигиены ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Ткаченко П.В.** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой нормальной физиологии им. А.В. Завьялова, доцент ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Адрес:** 305041, Курск, ул. К. Маркса, 3, Российская Федерация

### АННОТАЦИЯ

Работа посвящена событию в истории Курского государственного медицинского университета – подготовке и выпуску первого сборника научных трудов, который ознаменовал достижения его ученых с 1935 г. по 1939 г. Статья создает образ экспериментальной и практической медицинской деятельности на кафедрах и служит призывом к воспоминанию первого поколения профессорско-преподавательского состава. Целью работы являлось формирование и сохранение в коллективной памяти будущих поколений истории формирования курских медицинских школ.

**Ключевые слова:** Курский государственный медицинский институт; история медицины; история науки.

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Созданный в 1935 г. медицинский институт в г. Курске в очень короткий срок сумел заявить о себе как о научно-исследовательском центре и все годы остается в центре переживаемых событий в стране, оказывая воздействие на развитие медицины в стране и в мире. Научные школы Курского государственного медицинского университета, на протяжении всей истории, воплощают единство фундаментальных исследований и практической медицины и олицетворены именами выдающихся учёных и организаторов здравоохранения XX века. Это Н. К. Верещагин, П. А. Некрасов, М. И. Равич-Щербо, А. М. Брусин, Я. М. Бунэ, Х. Н. Левитан, И. В. Данилов, А. Н. Глинский, А. И. Златоверов, Л. А. Шангина, К. С. Богоявленский, И. Д. Рихтер и другие.

Настоящая работа посвящена одному из самых знаковых событий в истории университета — подготовке и изданию первого тома научных трудов, который ознаменовал достижения курских учёных с 1935 г. по 1939 г. В статье проанализирован уникальный вклад в теоретические исследования и практическую медицину сотрудников нескольких кафедр: нормальной физиологии; биологической химии; микробиологии; пропедевтики внутренних болезней; факультетской терапии; пропедевтики хирургических болезней; кожных болезней и нервных болезней. Целью статьи являлось сохранение и формирование в коллективной памяти будущих поколений, истории формирования научных школ Курского государственного медицинского университета.

## МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

48

В работе использовались историко-генетический и историко-системные методы исследования. Материалами для анализа научных фактов, полученных в Курском государственном медицинском институте с 1935 г. по 1939 г., послужили статьи 1 выпуска 1 тома научных трудов, Приказы по институту с 1935 г. по 1939 г., а также личные дела хранящиеся в Государственном архиве Курской области. Фотографии учёных-педагогов были взяты из альбома первого выпуска врачей 1940 г.

### **Результаты научных исследования учёных естественно-научных кафедр Курского государственного медицинского института.**

Кафедра нормальной физиологии Курского государственного медицинского института (КГМИ) была организована в 1936 г., и её первым заведующим и организатором был д.б.н., профессор Н.К. Верещагин (рис. 1), воспитанник кафедры нормальной физиологии 1ММИ, один из самых известных ученых-физиологов СССР, ученик профессора Н.М. Шатерникова.

С 1936 г. по 1941 г., Н.К. Верещагин работал над созданием учебников по физиологии в сотрудничестве с учёными-физиологами из других медицинских вузов. В эти годы, коллектив авторов в составе, Е.Б. Бабского, Н.К. Верещагина, Н.И. Проппера, А.А. Зубкова и Н.В. Тимофеева издал учебники по физиологии для педагогических [1, 2] и медицинских вузов [3, 4], которые стали основными учебниками по физиологии в довоенные годы и в годы войны и переиздавались до 1972 г.

Работая в г. Курске, Н.К. Верещагин продолжал сотрудничать со своим учителем - профессором М.Н. Шатерниковым. С 1936 г. по 1939 г., учёные изучали процессы обмена веществ и влияние различных типов диет на способность организмов животных к физической и химической терморегуляции.

Н.К. Верещагин изучал способность живых организмов переносить гипотермию и подтвердил, что самой глубокой степенью гипотермии является температура около 20 °С. После такой гипотермии, организмы животных ещё способны обратимо восстанавливаться до нормы. Он показал, что гипотермию лучше переносят животные, которых кормили смешанной или углеводной пищей, по сравнению с белково-жировой диетой. Им было обнаружено, что если в крови животных поддерживать гипергликемию, то они способны переносить гипотермию ниже 20 °С [7]. Исходя из обнаруженных фактов,

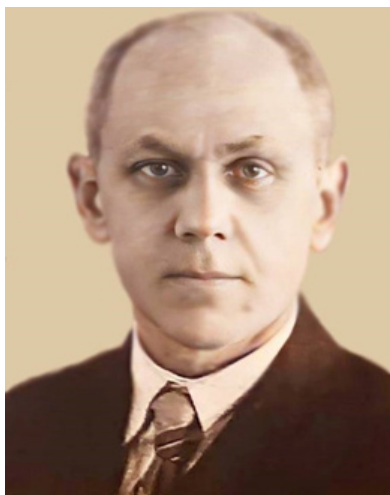
Н.К. Верещагин и М.Н. Шатерников, продолжили изучать различные виды углеводной диеты и её влияние на процессы терморегуляции. Используя пищу, содержащую больше катионов (т.н. «кислую пищу») и ту, которая содержит в своем составе больше анионов («щелочную пищу») учёные доказали, что типы питания изменяют инсулиновую и адреналиновую кривую сахара в крови, а именно, «кислая» пища способствует адреналиновой гипергликемии, а «щелочная» пища, наоборот, благоприятствует снижению концентрации глюкозы в крови [7].

Ученые доказали, что диеты вызывают в организме сдвиги в кислотно-щелочном равновесии. Овощи в сторону алкалоза, овес и хлеб в сторону ацидоза. У здорового животного это всегда компенсируемые ацидоз и алкалоз, однако это всё же сказывается на физиологических функциях. В другой серии опытов они изучали способность животных к терморегуляции после овощной диеты, т.е. «щелочной диеты» и 32 часов голодания. Было установлено, что голодание вызывает ацидоз, поэтому даже после 32 часов голодания процессы терморегуляции лучше, чем при «щелочной» диете, но хуже, чем при «кислой» диете [7].

Н.К. Верещагин доказал, что гипотермия вызывает активацию симпатической нервной системы и сопровождается выбросом адреналина, который в свою очередь вызывает гипергликемическое состояние крови. Ацидоз также усиливает действие адреналина по выбросу сахара в кровь [7]. Таким образом, Н.К. Верещагин, показал, что животные лучше переносят гипотермию если рН крови у них сдвинут в сторону компенсированного ацидоза [7].

В Курске, Н.К. Верещагин выполнил и защитил свою докторскую диссертацию «К механизму действия инфракрасных лучей на организм» (1940). В послевоенные годы, профессор Н.К. Верещагин заведовал кафедрой нормальной физиологии Свердловского государственного медицинского института (1944-1962) и создал уже свою научную школу, со специализацией в области спортивной физиологии и физиологии труда.

Кафедра биологической химии КГМИ была организована 21 июля 1936 г. и её первым заведующим и организатором был д.м.н., профессор Михаил Иосифович Равич-Щербо



**Рисунок 1.** Верещагин Николай Константинович, д.б.н., профессор, заместитель директора КГМИ по научно-учебной части (1936-1939), заведующий кафедрой нормальной физиологии КГМИ (1936-1941), заведующий кафедрой нормальной физиологии Свердловского государственного медицинского института. Внёс большой вклад в развитие спортивной физиологии и физиологии труда.

(Рис. 2), ученик профессора В.С. Гулевича и академика Б.И. Збарского, воспитанник кафедры биохимии 2-го Московского государственного медицинского института (в настоящее время - Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова).

С 1936 г. по 1939 г., внимание М.И. Равича-Щербо было приковано к физико-химическим свойствам липондных антител или как их ещё называют гаптенов, т.е. веществ, не обладающих ярко выраженными свойствами антител. Свойства гаптенов в то время представляли большой интерес для зарождающейся иммунологии, т.к. являются одним из определяющих компонентов в методике диагностики сифилиса [15].

В своих исследованиях М.И. Равича-Щербо основывался на результатах, полученных европейскими коллегами, показавших, что мембрана возбудителя сифилиса – бледной трепонемы состоит преимущественно из липидов и содержит незначительное количество белков. При попадании в организм человека антигены бледной трепонемы вызывает выработку антител. Вассерман смог осадить комплекс антиген+антитело и эта реакция получила его имя. Однако реакция была очень трудоемкой и имела большую погрешность. Поэтому М.И. Равич-Щербо с сотрудниками работал над изучением физико-химических и серологических свойств антигенов бледной трепонемы с целью повышения точности диагностики и надежности самой методики проведения реакции Вассермана (RW) [15].

Михаил Иосифович усовершенствовал методики выделения липоидных антигенов и изучал эти антигены сердца быка, почки лошади и самой бледной трепонемы сифилиса, поскольку все они являются одинаковыми по строению. Ученые - биохимики КГМИ подробно изучили липоидный антиген сердца быка, названный в последствии кардиолипид (в настоящее время он является искусственным аналогом антигена бледной трепонемы и используется для контроля в реакции Вассермана, а также при диагностике туберкулеза и малярии) [15]. М.И. Равич-Щербо отработал способы отделения неактивных частей изучаемых антигенов от иммунологически активных их частей [15]. Изучил механизм связывания антигенов бледной трепонемы сифилиса с системой комплемента с целью дальнейшего подбора веществ для реакции осаждения [15].

Одним из первых в мире, профессор М.И. Равич-Щербо доказал, что липоиды могут выступать антигенами, даже после освобождения их от белковых и углеводных компонентов. Он доказал, что скорость реакции Вассермана зависит от химического состава липоидов, вводимых в сыворотку. И активность вводимых липоидов зависит от количества в них холестерина и лецитина. Совместно с соавторами установил, что преобладание лецитина делает антигены гемолитичными, а неактивный антиген можно перевести в активный добавляя холестерин [17]. Совместно с ассистентом кафедры биохимии Р.М. Басс, М.И. Равич-Щербо показал, что смесь холестерина с лецитином, в определенном соотношении, обладают такими же антигенными свойствами в реакции Вассермана, как и липоидный компонент, который принято вводить по стандарту. Они первыми показали, что реакция Вассермана во многом определяется количеством холестерина и лецитина в сыворотке при её иммунизации липоидными антигенами [16].

Таким образом, он установил, что холестерин в реакциях Вассермана играет роль неспецифического активатора этой реакции и большое количество лецитина оказывает гемолитический эффект, поэтому для получения осадка в реакции Вассермана, вводимые в сыворотку антигены, должны обладать кислотными свойствами, поскольку антитела против бледной трепонемы сифилиса проявляют основные свойства, а введение щелочей в реакции преципитации делает реакцию отрицательной [16].

Биохимики КГМИ установили зависимость липидограммы крови от иммунного состояния организма – ими были продемонстрированы изменение липидного спектра при введении в организм животного липоидных антигенов, т.е. липоидов, вызывающих иммунный ответ [16].

В довоенные годы, М.И. Равич-Щербо занимался совершенствованием методов диагностики различных заболеваний по анализам крови. В частности, он внес большой вклад в совершенствование методики постановки реакции преципитации, при которой также формируется, а затем осаждается комплекс молекул из антигенов с антителами. В своих работах он показал роль отдельных химических компонентов липоидных антигенов, применяемых в реакциях Вассермана в реакциях преципитации. Михаил Иосифович доказал, что многие ошибки при диагностике связаны с тем, что, липиды получают из органов путем растворения их в спиртах, а значит, это не все, а лишь



определенные группы липидов. Кроме того, в спиртах растворяются некоторые углеводы и азотсодержащие вещества и именно эти факты объясняют причины погрешностей при выполнении реакции Вассермана [16].

В КГМИ, профессору М.И. Равич-Щербо удалось создать одну из самых сильных научных школ среди медицинских вузов страны, Труды которой были внесены большой вклад в биохимию, микробиологию, иммунологию и серологию, были разработаны новые лабораторные и клинические методы диагностики.

Результаты этих исследований были обобщены в монографиях М.И. Равича-Щербо и Л.Г. Прокопенко «Биосинтез антител и неспецифических гамма-глобулинов в условиях патологии» (Москва, 1966) и «Обмен иммуноглобулинов» (Москва, 1974).

Кафедра микробиологии КГМИ была основана в 1937 г., и её первым заведующим был д.м.н., профессор Александр Михайлович (Хацкелевич) Брусин (Рис. 3), воспитанник кафедры микробиологии 2-го Московского государственного медицинского института, ученик выдающего учёного-микробиолога профессора И.Л. Кричевского.

С 1937 г. по 1939 г. сотрудники кафедры микробиологии КГМИ под руководством профессора А.М. Брусина работали над исследованиями способов лечения возвратного тифа.



**Рисунок 2.** Равич-Щербо Михаил Иосифович, д.м.н., профессор, декан лечебного факультета КГМИ (1936-1938), заведующий научной и учебной частью КГМИ (1940-1941), заведующий кафедрой биологической химии КГМИ (1936-1970).

В те годы, возвратный тиф лечили Сальварсаном, т.е. тем же препаратом, которым лечили сифилис, но он давал очень высокий процент рецидивов заболеваний. Кроме того, Сальварсан необходимо было вводить в вену, и он имел много побочных эффектов. Также рецидивы были обусловлены тем, что возбудители возвратного тифа проникают в центральную нервную систему, а Сальварсан не мог проходить через гематоэнцефалический барьер [5].

Клинический опыт показывал, что лучшей схемой лечения возвратного тифа является введение Сальварсана до развития приступа апирексии, поскольку в этот момент наблюдался максимальный титр антител к возбудителю. Но высокий титр антител не оказывал синергетического эффекта в отношении химиотерапии. Оказалось, что спирохеты быстро меняют свой набор внешних белков и антитела выработанные организмом не эффективны (не специфичны) в отношении новых антигенов.

А.М. Брусин показал, что Сальварсан эффективен только в начале заболевания, поскольку действовал непосредственно на спирохеты. Но чаще всего в стационар поступали больные в период первого приступа возвратного тифа или уже после него, и именно в этот момент препарат уже не мог также эффективно действовать на спирохеты. Поэтому с целью повышения эффективности лечения, А.М. Брусин начал комбинировать химиотерапию возвратного тифа Сальварсаном с Осарсолом и показал высокую эффективность этого сочетания на 7 своих пациентах [5].

Осарсол был не таким опасным по своим побочным эффектам как Сальварсан и кроме того, он применялся в таблетках. Поэтому такая комбинация препаратов позволяла

вместо пребывания пациента в стационаре в течение 18-20 дней в ожидании очередного приступа лечить его амбулаторно.

Под руководством профессора А.М. Брусина, ассистент кафедры микробиологии КГМИ Россель изучала эффективность лекарственных препаратов при различном функциональном состоянии ретикулоэндотелиальной системы селезенки. Актуальность исследования была связана с данными, о разной способности клеток эпителия захватывать химические соединения, накапливать и постепенно выпускать их в кровеносное русло. В совместных исследованиях микробиологи КГМИ показали, что при нормальной функции клеток ретикулоэндотелиальной системы селезенки, химические препараты



**Рисунок 3.** Брусин Александр Михайлович (Хацкелевич), д.м.н., профессор, заведующий кафедрой микробиологии КГМИ (1937-1962), декан лечебного факультета КГМИ (1938-1940).

52

дольше циркулирует в крови и эффективнее уничтожают возбудителей заболеваний. Было установлено, что при выключении этой функции селезенки хемотерапевтический эффект противомикробных препаратов значительно снижается [18].

Профессор А. М. Брусин руководил кафедрой микробиологии двадцать пять лет (1937–1962), работал деканом лечебного факультета (1938–1940), в послевоенные годы работал заместителем директора по научной части Курского института эпидемиологии и микробиологии<sup>1</sup> и является основоположником научной школы микробиологов КГМИ.

#### **Результаты научных исследования учёных-клиницистов Курского государственного медицинского института: 1937-1939 гг.**

Кафедра кожно-венерических болезней была основана в 1938 г. и её первым заведующим был д.м.н., профессор Александр Александрович Штейн (Рис. 4), сын известного профессора, врача-дерматовенеролога А.К. Штейна. А.А. Штейн был воспитанником клиники кожных болезней 1-го Ленинградского медицинского института (в настоящее время это Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова) и до переезда в г. Курск заведовал отделением Ленинградского лепрозория (1931-1938).

Александр Александрович был одним из ведущих специалистов в мире в области дифференциальной диагностики заболеваний кожи, ему принадлежит большая заслуга в мета-анализе причин рака кожи и в систематизации этиологии этого заболевания. А. А. Штейн считал, что в причинах рака особую роль играет общая предрасположенность, которая может быть врожденной или приобретенной. Он был убежден, что в основе рака кожи лежат местные хронические воспалительные процессы и предрakovые состояния. Поэтому он, выделял облигатные преканцерозные состояния и факультативные преканцерозные состояния. К облигатным преканцерозным состояниям он относил пигментную ксеродерму и болезнь Боуэна; к факультативным преканцерозам — хронические воспалительные процессы, гранулемы и язвы; изменения кожи,

<sup>1</sup> Личное дело А.М. Брусина. Государственный архив Курской области. Ф. 4847. О. 3А. Д. 142.

обусловленные дегенерацией ткани; регенеративные процессы в коже; эпителиальные аномалии развития кожи; профессиональные раки кожи [22].

А. А. Штейн, доказывал, что причиной предраковых состояний являются температурные, химические и лучевые воздействия. К патогенетическим факторам рака кожи он относил травмы, гипо- и гипертермии, рентгеновские лучи, химические воздействия, варикозные язвы голени, гиперпигментации и кератинозы, рубцы после ожогов, родимые пятна и различные кисты [17].

Профессор А. А. Штейн, показал, что рак кожи может возникать и на видимой здоровой коже, но в таком случае опухоли чаще всего возникают на носу, под глазами или в носогубных складках, т.е. в местах слияния эмбриональных участков, где по его мнению сохраняются эмбриональные недифференцированные клетки, которые он называл латентными маленькими зародышами рака [17].

А. А. Штейн, считал, что любые травмы кожи могут стать причиной рака, поскольку постоянные механические воздействия проводят к постоянной клеточной реакции [22]. Он показал, что на месте любых рубцов может образовываться рак, особенно на месте длительно незаживающих и очень старых рубцов. А. А. Штейн, объяснял это тем, что, клетки рубцов больше схожи с эмбриональными клетками и они обладают более высокой пролиферативной активностью. Он также считал, что гипергликемия является фактором, способствующим развитию рака, поскольку уже в те годы, врачами было замечено большее потребление сахара больными раком. Поэтому по мнению А. А. Штейна, очень опасно обеспечивать или усиливать питание клеток рубца стимулирующими воздействиями, что может улучшить их питание и может способствовать пролиферации опухолевых клеток [17].

Анализируя причины профессиональных раков, А. А. Штейн показал, что хлороформ с очень высокой вероятностью вызывает рак кожи, данная патология может быть вызвана и сильным тепловым воздействием. Рентгеновские лучи так же вызывают изменения в структуре клеток и ведут к раку кожи, но ещё чаще к саркомам. Особенно опасным, по его мнению, было воздействие на кожу дегтя и попадание каменноугольной пыли в раны. Александр Александрович утверждал, что рак кожи вызывается смазочными маслами (и это известно как «рак ткачей»), а 95% больных раком губы — курильщики.

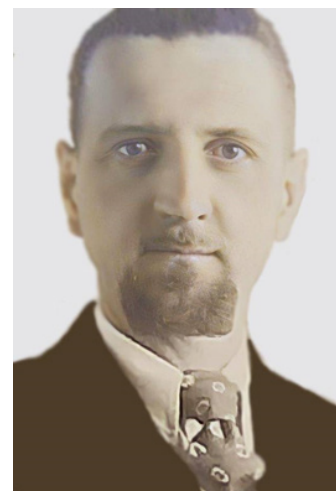
Систематизировав большое количество клинических случаев, изучаемой болезни, А. А. Штейн писал, что все канцерогенные вещества органического происхождения имеют сходство в структуре с половыми гормонами. Он доказывал, что рак кожи редко развивается неожиданно и обычно ему предшествуют явно заметные предраковые состояния [17].

А. А. Штейн заведовал кафедрой кожных болезней КГМИ с 1938 г. по 1948 г., выполнил и защитил свою докторскую диссертацию и считается основоположником научной школы дерматологии и венерологии в г. Курске. С 1951 г. по 1970 г. заведовал кафедрой в Львовском государственном медицинском институте и также заслуженно считается основоположником Львовской школы дерматологов.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней была организована в 1937 г. и первым её заведующим был д.м.н., профессор Николай Семёнович Смирнов. Н. С. Смирнов (Рис. 5) совместно с заведующим кафедрой патанатомии КГМИ, А. С. Брумбергом и ассистентом кафедры Николаем Ивановичем Тулуновым (Рис. 6) занимался изучением болезни Рустикого-Калера. Заболевание они описали как узловое разрастание, или гиперплазию костного мозга с разрушением соответствующих костей. В 30-х годах XX века диагностика болезни Рустикого-Калера или миеломы была трудной задачей как для клиницистов, так и для патологоанатомов, было понятно, что заболевание является злокачественным по течению и по исходу, но диагноз ставили только посмертно после микроскопического исследования.

Проанализировав все опубликованные к 1939 г. в доступной литературе клиниче-

**Рисунок 4.** Штейн Александр Александрович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой кожно-венерических болезней КГМИ (1938-1941 и 1945-1948). Основоположник Курской и Львовской научной школы дерматологов и венерологов.



ские случаи, Н. И. Тулунов нашёл только 125 случаев описания миеломы. Не было ещё точного её определения, миелому не различали от саркомы и от эндотелиомы, не были понятны причины её возникновения и даже термин миелома в те годы имел больше собирательное значение.

Наблюдая это заболевание у пациентов клиники, учёные КГМИ показали, что чаще всего миелома развивается в костях черепа, таза, рёбрах, позвонках, существенно реже страдают длинные трубчатые кости и ещё более редко в патологический процесс вовлекаются короткие трубчатые кости. В процессе заболевания кости становятся хрупкими, легко ломаются и режутся ножом. На распилах костей видны узелки, иногда отдельные, иногда сливающийся с друг с другом. Поэтому авторы различали две формы миеломы — узловатую и диффузную. Они показали, что консистенция узлов плотнее костного мозга, а величина узлов достигает размеров куриного яйца, что миеломные узлы резко отграничены от окружающей ткани, а костная ткань в пределах миеломы как-бы рассасывается: исчезают перекладины губчатых костей, исчезает или истончается кортикальный слой [16].

Николай Иванович Тулунов установил, что при болезни Рустичко-Калера там, где нет узлов миеломы развиваются очаги остеопороза. Этими изменениями он и объяснял повышенную ломкость костей. Анализируя клинические случаи, показал, что вокруг миеломатозного узла наблюдаются гиперемия, кровоизлияния и некрозы костного мозга. За надкостницу миеломы не прорастает, а в узлах миеломы находятся глыбки амилоида [16]. Систематизируя диагностические признаки болезни Рустичко-Калера, учёные КГМИ показали, что клиническая картина болезни характеризуется постепенным началом и медленным нарастанием симптомов. Больные отмечают боли в костях, прогрессивно нарастающую слабость. Аппетит долго сохраняется. Могут встречаться спонтанные переломы костей. Нервная система при этом функционирует в пределах нормы [16]. На рентгенограммах отмечаются очаги разрежения костной ткани, гематологическая гипохромная анемия, лейкоз со сдвигом влево, миелоцитоз, ускоренное оседание эритроцитов, ацидоз крови, повышенное содержание азотистых веществ в крови и поражение почек по Копелангу практически в 100% случаев. Н. И. Тулунов наблюдая за своими пациентами писал, что течение болезни Рустичко-Калера протекает с ремиссиями от 1–2 лет до 7 лет. Смерть наступает вследствие истощения и присоединившейся инфекции. Заболевание встречается у мужчины два раза чаще, чем у женщин и преимущественно в возрасте от 40 до 60 лет.

Большой заслугой, Н. И. Тулунова и его руководителей, является подробное описание клинического случая болезни Рустичко-Калера у 33-летней курянки, в котором он подробнейшим образом зафиксировал все этапы диагностики и лечения, динамику состояния больной и предоставил результаты патологоанатомического вскрытия, что



было особенно важно в те годы, когда каждый клинический случай имел значение в целях накопления фактического материала, для того чтобы фокусировать внимание врачей на этом редком заболевании и не пропускать его.

Кафедра факультетской терапии КГМИ была организована в 1938 г., первым её



**Рисунок 5.** Смирнов Николай Семёнович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней КГМИ (1937-1939).

заведующим был д.м.н., профессор Хонон Нисонович Левитан (рис. 7), воспитанник кафедры терапии 2-го Московского государственного медицинского института, ученик Николая Александровича Кабанова, одного из ближайших учеников профессора А.А. Остроумова. Ученые данной медицинской школы отличались особым научным мировоззрением, они рассматривали любое заболевание, лишь как местное проявление патологии всего организма.

В довоенные годы, Х. Н. Левитан изучал гемодинамические сдвиги при остром диф-



**Рисунок 6.** Тулунов Николай Иванович, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней КГМИ (1938-1941). В годы Великой Отечественной войны - начальник терапевтического отделения военного госпиталя № 416 2-й Воздушной Армии, затем эвакуационного госпиталя № 1934 1-го Украинского фронта. Майор медицинской службы. В годы войны лечил лётчиков 2-й Воздушной Армии.

фузном гломерулонефрите. Используя метод Грольмана он обследовал 20 пациентов и писал: «При остром диффузном гломерулонефрите происходит токсическое поражение сердца. Это ослабляет миокард. Поскольку сердце ослаблено, минутный объём крови уменьшается. В другом случае интоксикация может поражать кровеносные капилляры и кровь застаивается на периферии и минутный объём крови снижается. Но возможно и повышение минутного объёма крови, из-за гипертрофии сердца, постоянного напряжения и увеличения венозного давления» [13].

Изучая скорость тока крови при патологии почек Х. Н. Левитан показал, что их кровоснабжение зависит от минутного объёма крови, незначительно от скорости кровотока, а больше степени от объёма циркулирующей крови. Определяя скорость кровотока у 80 человек, профессор Левитан показал замедление тока крови при сердечной недостаточности у пациентов и не обнаружил связи между высотой артериального давления

и скоростью кровотока. Изучая утилизацию кислорода при остром диффузном гломерулонефрите, Хонон Нисонович показал, что в 45,6% случаев утилизация кислорода увеличивается, в 20,8% остается в норме и в 23,6% утилизация кислорода снижается.

Профессор Х.Н. Левитан руководил кафедрой факультетской терапии КГМИ с 1938 г. по 1964 г. и является основоположником её современной научной школы. Совместно с профессором Е.М. Тареевым, Х.Н. Левитан является основателем советской клинической нефрологии.

Кафедра нервных болезней КГМИ была организована в 1938 г. и её первым руководителем был невролог-нейрохирург, д.м.н., профессор Александр Иосифович Златоверов

**Рисунок 7.** Левитан Хонон Нисонович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии КГМИ (1938-1941; 1944-1964). Выдающийся практик-терапевт, внесший огромный вклад в становление учреждений здравоохранения г. Курска. Один из основателей советской клинической нефрологии.



(Рис. 8). Он являлся учеником выдающихся учёных, нейрохирурга Л.О. Даркшевича; невропатолога Л.С. Минора и невропатолога М.Б. Кроля. До приезда в г. Курск Александр Иосифович работал доцентом кафедры нервных болезней 2-го Московского государственного медицинского института и занимался неврологической практикой в клиниках Москвы.

В г. Курске, А.И. Златоверов изучал токсическое воздействие на процессы высшей нервной деятельности и работу вегетативной нервной системы распространённых в те годы лекарственных препаратов. В 1939 г. профессор А.И. Златоверов публикует работу, в которой поднимает проблему самолечения малярии. В работе он отмечает, что: «В тёплое время года в Курской области малярия является очень распространённым заболеванием, а лечат её советским препаратом Акрихином, который продают свободно без рецептов» [10]. Поэтому жители Курской области, при подозрениях на малярию, часто применяли этот препарат без обращения к врачу и пили препарат без конкретной схемы и в дозах в десятки раз превосходящих максимально возможную. В связи с этим, у них наблюдались тяжёлые симптомы интоксикации со смертельными исходами.

В 1939 г. профессор А.И. Златоверов описал такой клинический случай: «Молодой человек страдающий хроническим нефритом, заболел малярией и около месяца без перерыва принимал акрихин по 0,1 г по 3–4 раза в день. В результате у него появились явления отравления с типичным окрашиванием кожи, рвотой, слюнотечением, депрессивным состоянием психики и симптомами поражения периферической нервной системы по типу полирадикулита. По мере исчезновения окраски кожи, у него улучшилось настроение, исчезла атаксия и восстанавливаются рефлексy» [10].

За 1939 г., профессор А.И. Златоверов, наблюдал 3 случая очень сильного отравления лекарственным препаратом для лечения малярии, которые закончились смертью от передозировки. Вскрытие проводил прозектор-профессор КГМИ А.С. Брумберг. На вскрытии были обнаружены органические поражения нервной ткани в спинномозговых узлах и в корешках спинного мозга.

Профессор А.И. Златоверов, работал в г. Курске с 1938 г. по 1940 г. В годы Великой

Отечественной войны служил в звании майора медицинской службы, был ранен при обороне Ленинграда. В послевоенные годы Александр Иосифович руководил кафедрой нервных болезней Самарского государственного медицинского института и был одним из организаторов отделения нейрохирургии в Самарской областной больнице.

Кафедра пропедевтики хирургических болезней была основана в 1937 г. Первым её заведующим был д.м.н., профессор Ян Мартынович Бунэ (рис. 9). С 1937 г. по 1940 г. Я. М. Бунэ был директором КГМИ, а с 1939 г. по 1947 г. заведовал кафедрой госпитальной хирургии КГМИ. Ян Мартынович Бунэ был выпускником Военно-медицинской



**Рисунок 8.** Златоверов Александр Иосифович, д.м.н., профессор, первый заведующий кафедрой нервных болезней КГМИ (1938-1940). Один из крупнейших неврологов СССР. В годы войны участник обороны Ленинграда. В послевоенные годы основоположник самарской школы неврологов.

академии, учеником выдающегося отечественного хирурга Сергея Петровича Федорова.

Я. М. Бунэ уделял много внимания совершенствованию методов хирургических операций, методам анестезии и реанимации. Первым в г. Курске стал применять спинномозговую анестезию Совкаином и внутривенный наркоз. В 1939 г. Ян Мартынович опубликовал клинические случаи благополучного применения Совкаина для анестезии, а также описал случаи осложнения, анализируя их причины, изложил способы их устранения и реанимации пациентов.

Техника анестезии у Я. М. Бунэ была следующая. Укол Буровской иглой между остистыми отростками 1 и 2 поясничных позвонков, при сидячем положении больного. После введения Совкаина больной немедленно переводился в положение по Трендербанду. Это необходимо было, потому что удельный вес применявшегося раствора Совкаина значительно легче удельного веса спинномозговой жидкости и поэтому при горизонтальном положении, а тем более если верхняя часть туловища больного находится в приподнятом положении раствор Совкаина поднимается излишне высоко. На первых операциях он вводил 2 см<sup>3</sup> 25% раствора Совкаина, что составляло 8 мг, но этой дозы оказалось недостаточно и в дальнейшем вводил 4 см<sup>3</sup> [6].

С использованием спинальной анестезии Совкаином Ян Мартынович проводил операции аппендэктомии, резекции желудка по причине язвы и рака, операции на промежности и мочевых путях, такие как удаление гипертрофированной простаты, пластика уретры, камень почки, иссечение свища заднего прохода. Никаких осложнений по время перечисленных операций у больных не наблюдалось. Средняя продолжительность анестезии во всех вышеописанных случаях была около 3 часов. В некоторых случаях два с половиной, а в других случаях 5.

В 1939 г. Я. М. Бунэ написал, что: «Совкаин представляет собой прекрасное средство для спинномозговой анестезии. Показания и противопоказания для применения Совкаина такие же, как и для спинномозговой анестезии. Несомненное преимущество Совкаина перед Новокаином, заключается в том, что анестезия Совкаином держится около 3 часов. В то время как при Новокаине от 30 минут до одного часа. После введения 25% раствора Совкаина в дистиллированной воде больному необходимо немедленно отдавать поло-

жение по Тренделенбургу, т.е. наклон 25–30 градусов, вниз головой. Соблюдения этого условия является обязательным, так как иначе, может наступить паралич дыхания» [6].

Под руководством Я. М. Бунэ, хирурги кафедры пропедевтики хирургических болезней КГМИ стали применять внутривенный гексеналовый наркоз. Ассистент кафедры, хирург Григорий Петрович Истомин (рис. 10) писал, что «Гексеналовый наркоз имеет ряд преимуществ перед местной анестезией, ингаляционными эфирным и хлороформным наркозом. Потому что он устраняет страх перед операцией, а значит он не травмирует психику. Дает сон с переходом в наркотическое состояние без периода возбуждения. Гексеналовый наркоз полностью устранял болевую чувствительность и обеспечивает

**Рисунок 9.** Бунэ Ян Мартынович, д.м.н., профессор, директор КГМИ (1937-1940), заведующий кафедрой пропедевтики хирургических болезней КГМИ (1937-1939), заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 КГМИ (1939-1947). В годы Великой Отечественной войны - подполковник медицинской службы, главный хирург эвакуационного госпиталя № 61, эвакогоспиталя № 3261 Сталинградского фронта, а затем Украинского фронта. Участник обороны Сталинграда.



полную амнезию» [11].

Таким образом, с 1938 г. курские хирурги начали применять гексеналовый наркоз и хирург Г. П. Истомин писал, что «это кратковременный, но очень удобный наркоз и значит его можно применять в военное время. Он удобен при операциях на голове и шее, где местная анестезия нежелательна. Удобен, когда противопоказан ингаляционный наркоз» [11].

На кафедре пропедевтики хирургических болезней, начиная с 1938 г., под гексеналовым наркозом оперировали непроходимость кишечника, инвагинации слепой кишки, травматическую ампутацию стопы, огнестрельное ранение грудной клетки, флегмоны бедра и таза, забрюшинный инфильтрат и рак пищевода, экстирпация молочной железы и лимфатических узлов. В некоторых случаях гексеналовый наркоз использовали как базисный наркоз с последующим применением эфира. Это было при операциях по экстирпации молочных желез при раке, остеосинтезе левого плеча при псевдоартрозе, резекция желудка при перфорации язвы [11].

В качестве противопоказаний для гексеналового наркоза, Г. П. Истомин называл болезни печени и желчевыводящих путей, слабое состояние больного, сильные кровопотери с низким давлением крови, сепсис крови, заболевания почек [11].

В довоенные годы, хирурги КГМИ, под руководством профессора Я. М. Бунэ, успешно лечили и изучали сложные и редкие заболевания. Каждый клинический случай редких заболеваний публиковали.

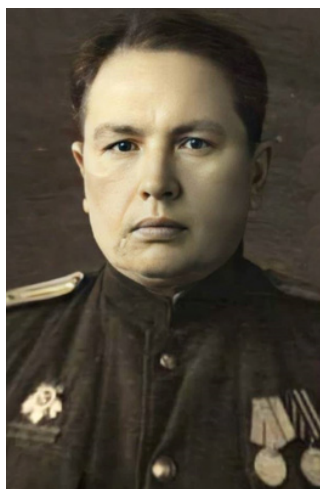
В 1939 г. ассистент кафедры пропедевтики хирургических болезней Ефим Яковлевич Куперман (Рис. 11) успешно прооперировал и подробно описал т клинический случай узлообразования кишечника: «В 5 часов утра 25 декабря 1938 г. хирург Е. Я. Куперман был вызван в отделение к больному, поступившему в крайне тяжелом состоянии, 51 год, работника сельпо в Курской области. Начал экстренную операцию». В те годы, причины и механизмы узлообразования кишечника были неясны. Анализируя возможные причины, Е. Я. Куперман писал: «Причиной узлообразования у больного вероятно была длинная брыжейка тонкого кишечника и длинная сигмовидная кишка, в виде двустовки с узкой



брыжейкой. Способствующим моментом узлообразования было то, что больной ничего не ел целый день, а вечером съел очень много. И лёг спать. Кишки ещё пустые заняли неправильно положение и начали быстро перистальтировать и заполняться, началось газообразование. И так петли перегнулись и завязались. Имелось обширное омертвление. Была произведена резекция более 3 метров толстого кишечника» [12].

Вклад Е. Я. Купермана в развитие хирургии определяется, тем что к 1937 г., в России, было опубликовано только 145 клинических случаев лечения кишечных узлов и каждый новый случай, диагностики и, особенно, удачного хирургического лечения развивал хирургию, превращал казуистику в систему знаний, позволял другим хирургам повышать теоретический уровень знаний.

Под руководством Я. М. Бунэ, на кафедре пропедевтики хирургических болезней работал талантливый хирург Анатолий Николаевич Глинский (рис. 12), воспитанник Воронежской школы хирургов, ученик профессора Сергея Николаевича Соловьева.



**Рисунок 10.** Истомин Григорий Петрович, ассистент кафедры пропедевтики хирургических болезней КГМИ (1938-1941). В годы Великой Отечественной войны служил хирургом госпиталя № 5258, затем хирург военного госпиталя № 427. Подполковник медицинской службы. Участник обороны Сталинграда.

В 1939 г. А. Н. Глинский описал клинический случай лечения разрыва гидронефромы почки: «20 июля 1938 г. был вызван в самый дальний район Курской области в п. Теткино, к пациентке 39 лет, состояние которой резко ухудшилось за последние 2 суток. Пациентку застал уже к крайне тяжелому состоянию, с жалобами на сильные боли в левой половине живота и признаками внутреннего кровотечения. Температура 38,8°,



**Рисунок 11.** Куперман Ефим Яковлевич, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии КГМИ (1939-1963). В годы Великой Отечественной войны начальник медицинского отделения полевого подвижного госпиталя № 683 (в 1941 г.), ведущий хирург эвакогоспиталя № 4064, ведущий хирург эвакогоспиталя № 1862 (1943-1946). Участник обороны Москвы.

ЧСС 118 уд./мин, в брюшной полости прощупывается болезненная опухоль. Из истории болезни понял, что ухудшению состояния предшествовала небольшая травма. 18 июля 1938 г, пациентка садилась в гамак, резко повернулась и почувствовала сильную боль в нижней части живота. Почувствовала слабость, головокружение. Была икота и рвота.

В этот же день доставлена в больницу. В течение 2-х суток состояние ухудшалось» [8]. Анатолий Николаевич ставит предварительный диагноз: перекрученная киста яичника, возможно острый гидронефроз и не имея никакого оборудования для операций, не имея лабораторий для диагностики начинает операцию под эфирным наркозом. «Парамедиальным разрезом вскрыл брюшную полость слева и увидел забрюшинное кровоизлияние, исходящее вероятно из левой почки. Зашил брюшную полость наглухо. Разрезом по Израэлю вскрыл забрюшинное пространство слева. В околопочечном пространстве обнаружил кровоизлияние. Почки увеличена, патологически изменена. Нефроэктомия. Швы сняли на 9 день. Больная выздоровела.

Гистологическое исследование показало, что размер удаленной почки 24 см x 15 см x 7 см. От такой почки выступает ещё опухоль 15 см x 10 см x 7 см. В нижней части почки участок распада с полостью 8 см x 7 см x 3 см наполненный кровяными сгустками. Патологоанатомически установлена гидрофрома почки» [8].

В 1939 г. клинический случай, успешного хирургического лечения околопочечного кровоизлияния вследствие разрыва гидронефром почки, описанный А. Н. Глинским был 7 случаем опубликованным в отечественной хирургической литературе [8].

В годы Великой Отечественной войны, Анатолий Николаевич Глинский в звании майора медицинской службы был ведущим хирургом эвакогоспиталя № 2696 в г. Курске, затем ведущим хирургом нейрохирургического полевого подвижного госпиталя № 518, начальником нейрохирургической группы отдельной роты медицинского усиления № 17 и № 39 и инспектором-хирургом. В 1943 г., он одним из первых применял внутриартериальное введение стрептоцида при огнестрельных поражениях черепа, что предотвращало развитие гнойных осложнений (метод предложенный Н. Н. Бурденко). Для поиска и извлечения осколков из головного мозга, одним из первых, стал применять электромагнит.

С 1953 по 1967 гг., Анатолий Николаевич Глинский заведовал кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Новосибирского государственного медицинского института и там же являлся проректором по учебной работе.

Первой женщиной-хирургом КГМИ, была ассистент кафедры пропедевтики хирургических болезней, Клавдия Михайловна Петрова (Рис. 13). В 1939 г. она описала два клинических случая хронического остеомиелита бедра стимулирующих саркому. Её заслуга заключается в описании редких случаев течения подострого остеомиелита и хронического остеомиелита. В те годы, такие формы остеомиелита были сложны для постановки диагноза. Оба случая К. М. Петрова лечила операционно, долотом вскрывала полость трубчатой кости и удаляла оттуда секвестрированные ткани.

В 1938 г. в КГМИ была организована кафедра факультетской хирургии. Её первым заведующим был д.м.н., профессор Иван Васильевич Данилов. Его научные интересы

**Рисунок 12.** Глинский Анатолий Николаевич, ассистент кафедры общей хирургии КГМИ (1937-1953), д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, проректор по учебной работе Новосибирского государственного медицинского института (1953-1967).



были посвящены хирургии области шеи и головы. В 1939 г. он опубликовал работу, посвященную способам хирургического лечения Базедовой болезни и зоба, в те годы распространенных заболеваний в РСФСР и в Курской области.

Для лечения Базедовой болезни и зоба использовал хирургическое удаление щитовидной железы, но после тотальной и субтотальной резекции щитовидной железы чаще всего появлялись приступы тетании, поскольку удаление большей части щитовидной



**Рисунок 13.** Петрова Клавдия Михайловна,  
ассистент кафедры общей хирургии КГМИ  
(1937-1941).

железы было связано с удалением и паращитовидных желёз. У некоторых больных, перед приступами тетании, И. В. Данилов отмечал т.н. «продромальные» явления, т.е. общую слабость, головную боль, парестезию и «мурашки» в конечностях, затруднения глотания. Он же разделил послеоперационные виды тетании на острую тетанию, хроническую и скрытую форму. Описал случаи, когда тетания у пациентов начиналась через 2–3 дня, а иногда через несколько месяцев после резекции щитовидной железы. Симптомы приступа записал так: «Приступ проявляется на фоне сохраненного состояния сознания, повышается температура, появляется рвота, ларингоспазм, одышка, затруднение дыхания, стенокардия, косоглазие, диплопия, понос и дизурия или вообще анурия, «рука акушера» (т.е. повышенная возбудимость мускулатуры и нервных стволов)» [9].

Заслуга профессора И. В. Данилова, заключается в том, что он одним из первых в стране описал клинические случаи тетании внутренних органов — тетанию желудка, т.е. гастротетанию, как особо опасное заболевание, ведущее к смерти, но которое трудно диагностировать и легко спутать с другими заболеваниями. Желудочно-кишечная тетания до И. В. Данилова была описана только 3 раза. Причинами желудочно-кишечной тетании по И. В. Данилову является алкалоз крови из-за потери электролитов и, в частности, хлора. Лечение тетании Иван Васильевич проводил с использованием внутривенно введения хлористого кальция, диетотерапии (молочно-вегетарианский стол или «защитный стол Блюма»), рыбьего жира и ультрафиолета. Но всё же он склонялся к хирургическому лечению.

Для оперативного лечения тетании И. В. Данилов использовал пересадку паращитовидных желез от трупов или мертворожденных; пересадку «бульонной косточки» по Оппелю; пересадку паращитовидных желез от мелкого и крупного рогатого скота (гетеротрансплантация). Пересаживал он паращитовидные железы от лошади в грудино-ключично-сосцевидную мышцу или подкожную жировую клетчатку на животе. Если результат был отрицательный, то делал ещё такую же пересадку. Очень часто при выполнении резекции щитовидной железы он реимплантировал случайно удаленные околощитовидные железы.

«Провел операцию по Оппелю при паратиреооптивной тетании» — писал И. В. Данилов. «В начале получился хороший результат. Эффект сказался в виде улучшения общего состояния больного, повышения работоспособности, улучшения памяти, исчезновения

диплопии, росте волос на облысевшей голове, появлении половой способности и др. Когда косточка «выгноилась», то все явления снова рецидивировали. Больной бережно сохранял выпавшую косточку и, приехав из района, вручил её нам, завернутую в бумагу, настойчиво прося снова вшить ему именно эту кость. Важно подчеркнуть, что здесь отпадают моменты «внушения», ибо больной не знал значения пересадки кости во время первой операции. Химическое исследование данного кусочка кости дало: СаО —14,42%, Р<sub>2</sub>О<sub>5</sub>—26,4%» [9].

«У другой больной К., операция Оппеля оказалась безрезультативной и только длительное лечение кальцием и трансплантация паращитовидных желез от больной Базедовой болезнью, дало полное исчезновение тетанических судорог» [9].

Подводя итоги лечения пациентов И. В. Данилов писал: «На 160 операций по поводу зоба и Базедовой болезни мы получили 2 случая паратиреоидной тетании (1 раз острую и 1 раз хроническую). Желудочная форма тетании нам встретилась 1 раз при заболевании стенозом привратника желудка на почве его язвы. Гастрогенная тетания часто не распознается и ошибочно принимается как уремия, истерия. Лечение тетании должно идти по линии замещающей и стимулирующей терапии, комбинированной с препаратами кальция. Пересадка «бульонной косточки» по Оппелю не дает положительного результата. Наибольший эффект получается при ауто трансплантации удалённых желез во время операции и гомотрансплантации. Диетотерапия (по Блюму), переливание крови, эндокринные препараты должны расцениваться как подсобные методы лечения. Из них предпочтение следует отдать лечению хлористым кальцием» [9].

В годы Великой Отечественной войны И. В. Данилов служил в СМЕРШЕ, лечил сотрудников и арестованных. С 1957 г. по 1960 г. руководил кафедрой общей хирургии Тверского государственного медицинского университета.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, с 1935 г. по 1939 г., из ведущих медицинских вузов страны в г. Курск приехали молодые и талантливые учёные. Это были физиолог Н. К. Верещагин, биохимик М. И. Равич-Щербо, микробиолог А. М. Брусин, дерматолог А. А. Штейн, невролог А. И. Златоверов, терапевт-нефролог Х. Н. Левитан, хирурги Я. М. Бунэ, Е. Я. Куперман, И. В. Данилов, А. Н. Глинский и Г. П. Истомин. В г. Курске они приумножали традиции, заложенные их учителями — учёными основоположниками Московских и Ленинградских медицинских школ.

В 1939 г. ученые КГМИ, опубликовали результаты своих научных исследований в 1 Томе 1 выпуске Трудов Курского государственного медицинского института. Даже в эпоху доказательной медицины, их работы, выполненные в г. Курске и опубликованные в 1939 году являются образцами планирования научного исследования, фиксации и анализа полученных данных.

В годы Великой Отечественной войны, терапевты и хирурги КГМИ ушли на фронт, лечили раненых, совершенствовали методы лечения и доводили до высокого мастерства приемы хирургических операций. Это были герои Великой Отечественной войны, военные хирурги Я. М. Бунэ, Е. Я. Куперман, И. В. Данилов, А. Н. Глинский и Г. П. Истомин. Учёные-теоретики, остались в тылу и разрабатывали новые лекарственные препараты и способы их применения для лечения инфекционных осложнений, занимались профилактикой и созданием способов диагностики и лечения особо опасных инфекционных заболеваний.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бабский Е.Б., Верещагин Н.К., Зубков А.А., Проппер-Гращенко Н.И., Тимофеев



Н.В. Курс нормальной физиологии: учебник для студентов медицинских институтов. 2-е изд. Москва, Ленинград: Медгиз, 1940. 488 с.

2. Брусин А.М., Вишневский А. Д. Комбинированная хемотерапия возвратного тифа. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 45-55.

3. Бунэ Я.М. Спинальная анестезия совкаином. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 91-95.

4. Верещагин Н.К. Влияние пищевого режима на способность животного к борьбе против переохлаждения // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 5-17.

5. Глинский А.Н. К казуистике разрыва гипернефромы почки с обширным околопочечным кровоизлиянием. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 113-119.

6. Данилов И.В. О паратиреоидной и желудочной тетании. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 73-85.

7. Златоверов А.И. К клинике интоксикаций нервной системы акрихином. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 85-91.

8. Истомин Г. П. К вопросу о гексеналовом наркозе. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 95-103

9. Куперман Е.Я. К вопросу об узлообразовании кишечника. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 107-113.

10. Левитан Х.Н. Некоторые гемодинамические сдвиги при остром диффузном гломерулонефрите. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 125-136.

11. Петрова К. М. Два случая хронического остеомиелита бедра, стимулирующих саркому. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 119-125

12. Равич-Щербо М.И. Химия и биохимия липидных антигенов. Изменение активности липоидных антигенов под влиянием адсорбции. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 17-25

13. Равич-Щербо М.И. Химия и биохимия липоидных антигенов. Дополнение к химической характеристике активных и неактивных липоидных антигенов. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 35-45.

14. Равич-Щербо М.И., Сенчаков А.И., Моисеенко А. А. Химия и биохимия липоидных антигенов. Влияние липоидных и липоидных антигенов на липоцитарный коэффициент крови. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 25-35

15. Россель С.И. К вопросу о зависимости лекарственного действия химических соединений от нормальной функции ретикуло-эндотелиальной системы. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 55-59

16. Тулунов Н.И. Болезнь Рустицкого-Калера. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 103-107.

17. Штейн А.А. Современное состояние вопроса о патогенезе кожного рака. // В сб. «Труды Курского государственного медицинского института», Т.1, Вып.1. 1939. С. 59-73

Получена: 15.11.2022 г.

Принята к публикации: 26.12.2022 г.

## SCIENTIFIC RESEARCH AT THE KURSK STATE MEDICAL INSTITUTE FROM 1935 TO 1940

© Alina V. Danilova, Svetlana A. Dolgareva, Viktor T. Dudka,  
Olga A. Medvedeva, Nina A. Nikishina, Vera A. Ryadnova, Pavel V. Tkachenko  
**Alina V. Danilova** — Head of Library, Kursk State Medical University

**Svetlana A. Dolgareva** — PhD in Medicine, Associate Professor, Head of the Biological  
Chemistry Department, Kursk State Medical University

**Viktor T. Dudka** — Candidate in Medical Sciences, Associate Professor, Head of the  
Pathological Anatomy Department, Kursk State Medical University

**Alexander V. Ivanov** — PhD in Medicine, Head of the Histology, Embryology, Cytology  
Department, Kursk State Medical University

**Olga A. Medvedeva** — PhD in Biology, Full Professor, Head of the Microbiology,  
Virology, Immunology Department, Kursk State Medical University

**Nina A. Nikishina** — Candidate in Psychological Sciences, Associate Professor, Head of  
the Histology, Embryology, Cytology Department, Kursk State Medical University  
**E-mail:** nan2008@mail.ru

**Vera A. Ryadnova** — Assistant of the Hygiene Department, Kursk State Medical  
University

**Pavel V. Tkachenko** — PhD in Medicine, Associate Professor, Head of Department of

---

### ABSTRACT

The work is devoted to one of the landmark events in the history of the Kursk State Medical University - the preparation and publication of the first collection of scientific papers, which marked the achievements of its scientists from 1935 to 1939. The article allows you to create an image of experimental and practical medical activities in the departments and serves as a concentrated appeal to memories of the first generation of faculty. The aim of the work was to form and preserve in the collective memory of future generations the history of the formation of Kursk medical schools.

**Keywords:** Kursk State Medical Institute; history of medicine; history of science

---

### REFERENCES

1. Babskij E.B., Vereshchagin N.K., Zubkov A.A., Propper-Grashchenkov N.I., Timofeev N.V. Kurs normal'noj fiziologii: uchebnik dlya studentov medicinskih institutov. 2-e izd. Moskva, Leningrad: Medgiz, 1940. 488 s.
2. Brusin A.M., Vishnevskij A. D. Kombinirovannaya hemoterapiya vozvratnogo tifa. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 45-55.
3. Bune YA.M. Spinomozgovaya anesteziya sovkainom. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 91-95.
4. Vereshchagin N.K. Vliyanie pishchevogo rezhima na sposobnost' zhivotnogo k bor'be protiv pereohlazhdeniya // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 5-17.

5. Glinskij A.N. K kazuistike razryva gipernefromy pochki s obshirnym okolopochecnym krovoizliyanem. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 113-119.
6. Danilov I.V. O paratireoptivnoj i zheludochnoj tetanii. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 73-85.
7. Zlatoverov A.I. K klinike intoksikacij nervnoj sistemy akrihinom. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 85-91.
8. Istomin G. P. K voprosu o geksenalovom narkoze. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 95-103
9. Kuperman E.YA. K voprosu ob uzloobrazovanii kishechnika. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 107-113.
10. Levitan H.N. Nekotorye gemodinamicheskie sdvigi pri ostrom diffuznom glomerulonefrite. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 125-136.
11. Petrova K. M. Dva sluchaya hronicheskogo osteomielita byodra, stimuliruyushchih sarkomu. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 119-125
12. Ravich-SHCHerbo M.I. Himiya i biohimiya lipidnyh antigenov. Izmenenie aktivnosti lipidnyh antigenov pod vliyaniem adsorbicii. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 17-25
13. Ravich-SHCHerbo M.I. Himiya i biohimiya lipidnyh antigenov. Dopolnenie k himicheskoj harakteristike aktivnyh i neaktivnyh lipidnyh antigenov. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 35-45.
14. Ravich-SHCHerbo M.I., Senchakov A.I., Moiseenko A. L. Himiya i biohimiya lipidnyh antigenov. Vliyanie lipidnyh i lipidnyh antigenov na lipocitarnyj koefficient krovi. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 25-35
15. Rossel' S.I. K voprosu o zavisimosti lekarstvennogo dejstviya himicheskikh soedinenij ot normal'noj funkicii retikulo-endotelial'noj sistemy. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 55-59
16. Tulupov N.I. Bolezn' Rustickogo-Kalera. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 103-107.
17. SHtejn A.A. Sovremennoe sostoyanie voprosa o patogeneze kozhnogo raka. // V sb. «Trudy Kurskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta», T.1, Vyp.1. 1939. S. 59-73

*Received: 15.11.2022*

*Accepted: 26.12.2022*