Развитие и проблемы красноярской педиатрии

Ж.Ж.Рапопорт

О любом восхваляемом предмете

нужно говорить правду.

Сократ

Прошлое и сегодняшнее – основа будущего. Отсюда и постоянный интерес к ушедшим дням, идеям, делам, людям. Разумеется, я пристрастен к становлению и развитию научной педиатрии в Красноярском крае и в стране – в ушедшем СССР. Пристрастие порождено страстью, глубокими чувствами личного участия, и в свою очередь, порождает страсть. А без страсти, увлеченности, горения души ничего серьезного не создается.

До 1958 года в красноярском крае, конечно, существовало, но было в страшном загоне, ужасном примитивном состоянии детское здравоохранение. Функции детских врачей возлагались в основном на терапевтов и фельдшеров. Даже в центре, в большой краевой больнице в терапевтическом отделении только одну палату отдали под детство. В городе Красноярске с населением (в то время) более 600 тысяч человек была лишь одна небольшая, плохо оборудованная детская больница, где располагалась и кафедра детских болезней во главе с единственной на весь край и медицинский институт педиатром доцентом М.И.Перетокиной. Экономические и социальные условия жизни населения, особенно детей, были крайне неблагоприятными, питание неправильное, недостаточное, бедное белками, витаминами, минеральными солями. Медицинское наблюдение за детьми находилось в чахлом состоянии. Не удивительно, что при таких невозможных условиях детская заболеваемость и смертность были огромными, очень распространены инфекционные болезни, кишечные токсикозы, пневмонии, анемия, дистрофии, гиповитаминозы, рахит, поражения пищеварительного тракта, почек, тяжелые хронические болезни, тысячи детей с пороками сердца, еще большее число больных с хроническими, обычно гнойными бронхолегочными заболеваниями. Каких только больных не было! Даже трахома имелась.

Хрущевская “оттепель“ оказалась не последовательной и непродолжительной, быстро сходила на нет, и напоминала высказывание Г.Гейне: – “Солнечные лучи, завернутые в бумагу“. Но все же в связи с начавшимся чрезвычайно интенсивным промышленным строительством и приездом большого числа рабочих в г.Красноярск и в край некоторая часть средств была выделена и на здравоохранение. Так появился в 1958 г. в КГМИ педиатрический факультет. Однако, еще очень и очень долго пришлось бы населению края терпеть и ждать пока появятся свои доморощенные врачи-педиатры и наконец-то произойдут решительные преобразования в помощи детям. Но краю опять повезло. Во главе института стоял мудрейший Петр Георгиевич Подзолков, а в крайздраве – деловые и коммуникабельные С.В.Граков и Х.Л.Есилевич. Они поступили разумно – не стали многие годы ждать выпускников своего педфака, а решили переучить врачей, уже занятых в детском здравоохранении. Поэтому, в феврале 1961 года в КГМИ был открыт факультет специализации и усовершенствования врачей (ФСУВ). Номинально кафедра детских болезней включала в себя все факультеты, но реально с первого же дня по приглашению ректора П.Г.Подзолкова я получил полную свободу действий на курсе ФСУВ (доцентский курс, а с1963 года – кафедра) и в помощь мне на 12 ставки направили ассистента М.С.Зырянову. Первые 1-1,5 года мы были заняты налаживанием с нуля нового педагогического процесса, адаптацией министерских программ, циклов лекций, семинарских занятий, наглядных пособий, согласованием учебных баз, улучшением быта курсантов в общежитии. У нас не было никакого наследства – ни методических разработок, ни конспектов лекций, планов занятий, таблиц, наглядных пособий – пустое поле. Для первых трех циклов специализации по педиатрии, т.е. 1,5 года все лекции читал я один. М.С.Зырянова, как в последующие почти 30 лет и все сотрудники кафедры, всегда присутствовала и конспектировала все лекции. Очень дисциплинированный человек. Поэтому затем часть лекций я передал ей, хотя новые и проблемные темы из ее циклов я продолжал читать лично. В это время все практические занятия мы делили на двоих. Все было согласованно, у нас не было расхождений. Концентрация сил и внимания на учебном процессе и своеобразие нашей педагогики быстро дали первый результат: уже со второго цикла специализации врачи из края, а затем и из других областей, стали с охотой приезжать к нам на учебу, и никогда не возникало проблем с укомплектованием учебных групп, хотя тяжелая жизнь в г.Красноярске и неустроенные быт и питание в общежитии слишком медленно улучшались. Очень скоро руководство крайздравотдела и особенно врачи, прошедшие у нас специализацию, почувствовали большую уверенность в себе, стали с новых современных позиций относиться к своей работе, внедрять новшества. До решительного перелома было еще не близко, но эти первые, прочные ростки стали заметны, и положительное отношение к нам значительно укрепилось, с нами начали советоваться и прислушиваться к нашим рекомендациям. У нас сразу же установились хорошие деловые отношения с краевым отделом здравоохранения, мы все последующие годы работали как единый коллектив. Не было конфликтов и с представителями партийного руководства и советской власти, хотя я никогда не состоял в КПСС.

В тот же период мы оказали серьезную помощь в планировании и ускорении ввода в строй нового корпуса краевой больницы для детей. Поэтому, когда весной 1962 года это здание вошло в строй, то ассистент М.С.Зырянова стала на общественных началах заместителем главного врача по детству (административный контроль), а я – руководителем детских отделений, фактически детской клиники на 140 коек. В отличие от традиционного в те годы распределения палат по полу и возрасту, я сразу же начал первичную специализацию по органопатологии. Выделены были отделения и специальные палаты: кардиологическое, пульмонологическое, гематологическое, эндокринное, нефрологии и гастроэнтерологии, неврологическая палата, отделение раннего детства (включая новорожденных). Соответственно, с учетом интереса врачей и потребности клиники все они после общей педиатрической подготовки прошли необходимую специализацию у нас и в центральных учреждениях страны. В обязанности этих специалистов включалась работа в клинике, консультативный прием, анализ и организация работы в крае в соответствии со специализацией, внедрение диспансеризации и реабилитации. На этих основах мы создали впервые в СССР детские центры пульмонологии, кардиологии и артрологии, аллергологии, эндокринологии, гематологии. Отрадно, что эта работа, встретившая по началу некоторое сопротивление МЗ РСФСР (споры из-за штатного расписания), вскоре была полностью одобрена министерством, у нас провели большую Всероссийскую конференцию по внедрению нашего передового опыта, и сегодня, спустя более 45 лет, успешно развивается новыми поколениями ученых и практических врачей. С этих организационно-технических новшеств в то время и начались серьезные преобразования детского здравоохранения. Мы сразу же стали энергично помогать крайздраву, а крайздрав – нам. Необходимо было в возможно короткое время решить несколько срочных и принципиальных проблем: подготовить квалифицированные кадры, создать хорошую материальную базу, улучшить качество наблюдения и лечения детей, внедрить новую психологию приоритета детства в понимание местных властей и руководства здравоохранением в городах и районах края. Не менее важно – улучшить отношение населения к детям. Мы добровольно взяли на себя фактически идеологическое руководство и проведение всей этой работы, ведя ее силами краевой клиники, совместно с краевым педиатром Е.И.Мурашко и зам.зав. крайздрава Х.Л.Есилевич. Их я тоже привлек к научной работе и анализу состояния дел в крае. Создался сплоченный коллектив единомышленников, поставивших общую цель – здоровое детство. Но для этого нужно было самим стать реальным авторитетом, и не замалчивать неудобные для кого-то нежелательные факты. Немало людей не любят правду, особенно горькую. Свойство бюрократа – игнорировать аргументы, если они не соответствуют воле начальника. В те далекие годы к ученым еще относились с определенным пиететом, а поскольку такое мнение обо мне уже существовало, то мои критические замечания и деловые предложения в “ высоких кабинетах“ принимались не только формально, но и начинались положительные сдвиги. Так, существенные изменения стали происходить в г.Канске, Ачинске, Минусинске, в Хакассии, и даже в Норильске, где раньше к красноярцам относились несколько настороженно.

В новой детской клинике ККБ1 не было времени на “раскачку“. Срочно начали обучать “своих“ врачей. Все принятые на работу в больницу врачи в первый же год прослушали полный цикл лекций совместно с курсантами, присутствовали на семинарских занятиях, но главным экзаменом для них стали ежедневные обходы. Не менее серьезными экзаменами для наших врачей и ассистентов оказались регулярные и срочные (по санавиации) выезды в города и районы края, где они самостоятельно консультировали больных, проводили семинары, решали массу организационных вопросов. Требования к ним с каждым днем нарастали, – жизнь требовала. Они не могли плохо выглядеть ни на моих обходах, ни на консультациях в крае. Решение одно – учеба непрерывно. В клинике нет “обычных“ больных. Каждый ребенок имел большой перечень диагностических и лечебных сложностей. Потому-то его к нам и направили как в последнюю инстанцию, что в местных больницах не было возможности, и не смогли врачи справиться с его проблемами. Я постоянно требовал, чтобы таких не ясных и тяжелых пациентов не задерживали на месте, а по возможности быстрее переправляли к нам. Такая активная тактика возлагала на нас повышенную ответственность, но она позволила спасти много жизней, и помогла врачам городских и районных больниц установить с клиникой тесный деловой контакт, конкретно увидеть, в чем были их заблуждения и ошибки, и как это все преодолевалось в краевой больнице. Врачи переставали стесняться и бояться клиники, стали чаще звонить, консультироваться и спрашивать совета по многим вопросам, охотно приезжали к нам на учебу, поступали в клиническую ординатуру. Они становились как бы продолжением краевой детской больницы и, предлагаемые нами профилактические и лечебные новшества охотно внедряли, а затем даже участвовали в научной работе. Хочу подчеркнуть важнейшую, на мой взгляд, закономерность. В клинике все годы существовала атмосфера всеобщего содружества, уважения, культуры, доброжелательства. Эти качества отражались и на работе в крае, позволяя зачастую установить взаимно уважительные, дружеские отношения сотрудников клиники с местными врачами. Слишком трудная жизнь была у врачей везде, особенно в крае, и наш приезд не должен был выглядеть “грозной комиссией“, только консультации, квалифицированный совет и помощь во всем. Мы хотели знать, что на сегодня мешает снижению заболеваемости и смертности, какие местные особенности, кто виноват, и что делать. На основе анализа этих сведений мы перестраивали программу лекций и практических занятий, вводили новые темы, максимально приближая преподавание к срочным нуждам практического здравоохранения. Одновременно давали рекомендации и по кадровым вопросам.

Среди трудностей того периода одной из ведущих была крайне низкая квалификация детских врачей, да и общая культура оставляла желать лучшего. Более 90% из них были выпускниками лечебного факультета, как правило, нигде после института не учились, самообразованием не занимались. В лучшем случае имели старый учебник М.С.Маслова “Детские болезни“ (для лечебного ф-та) и изредка рецептурный справочник. Журналы и книги не выписывали, медицинскую литературу не читали. И самое печальное – не было внутреннего стремления преодолеть свое профессиональное невежество. Они смирились с тем, что есть, тем более, что и другие врачи были не более квалифицированными. Многие из них понимали это, чувствительно переживали, когда мы указывали на их ошибки, но семья и повседневная “текучка дел“ забирала все силы и время, оставляя годами все без изменений. Перед нами встала серьезная задача – преодолеть этот психологический “синдром провинции“, вызвать мотивацию к резкому повышению квалификации, к чувству личной заинтересованности в результатах своей работы с детьми и их родителями, в стремлении к лучшему. Происходящая в мире научная революция проходила мимо, они не знали о ней. Моя задача (это я требовал и от подчиненных) была не критиковать, не ругать врача, а детально вместе с ним разобрать все этапы работы с пациентом, показать, что и как надо делать, какие препараты назначить, а от чего воздержаться, какие возможны или уже были ошибки. При таком исключительно деловом и деликатном разборе часто в сочетании с возможными положительными эмоциями (ободряющая беседа с ребенком, родителями, улыбка) лечащий врач (курсант) воочию видел свои промахи и, придя домой, “погружался“ в книги, конспекты. Готовился к следующей встрече не столько со мной, сколько с очередными пациентами. Разумеется, все замечания делались в отсутствии пациентов и родителей. По такой же психологической методике проходили обходы, разборы, клинические конференции как у нас в клинике, так и при выездах в городах и районах края. Мне много пришлось консультировать во многих городах страны, в том числе, и в столицах. Психологический подход я не менял, в его эффективности не усомнился.

Педиатры – наиболее чувствительные и деликатные люди, с повышенным восприятием прекрасного и справедливого, романтического. Сама профессия и общение с маленьким ребенком располагает к этому, стимулирует доброту, улыбку, улучшают характер, настроение, смягчают голос. На врача не следует кричать, а тем более оскорблять его, даже если он ошибся. Увы, в те годы задушенных свобод подобная грубая административная практика была чрезвычайно распространена, даже по отношению к медикам. Как мог я с ней боролся и всегда защищал врачей. Я убедился, что деловое замечание, которое коллега понял и принял, даст лучший результат, чем крик. Никогда окрик не действует лучше, чем четкое, спокойное распоряжение. О “ненормированной“ лексике и говорить не приходится, ей просто нет места там, где есть врачи. Доктор – это образец культурной элиты общества, высокий интеллигент и он не может ронять свое реноме.

Частые выезды наших сотрудников в край и детальный анализ работы на местах, подробный разбор историй болезни умерших, а также развернутые обходы в клинике, клинические и краевые конференции, патологоанатомические разборы, наши регулярные выступления на заседаниях общества детских врачей, – все это всколыхнуло жизнь в педиатрической среде, начало прививать врачам любовь к чтению медицинской литературы, стимулировало их к самоусовершенствованию, к желанию учиться дальше.

“Победа над самим собой есть первая и наилучшая из побед“ (Платон). Достигнут был важный этап – началась психологическая перестройка, наметилась мотивация к высокой квалификации. Обеспечить специализацию, а затем усовершенствование врачей возложили на кафедру (в начале курс) ФСУВ. Курсанты 5 месяцев интенсивно работали в клинике, детских учреждениях, поликлинике, роддоме, инфекционном отделении, – т.е. везде, где им приходится постоянно работать. Конечно, это очень маленький срок, но тем интенсивнее шла учеба. Лекции, практические занятия, зачеты и даже введенный нами экзамен – все было четко спланировано, имело глубокое обоснование. По ходу учебы порой появлялись новые темы, связанные с неожиданными больными. Например, поступил ребенок с диагнозом “полиартрит“, а в клинике у него выявлен острый лимфолейкоз. Типичная ошибка. Тогда проводили серьезную клиническую конференцию с докладами курсантов. Другой пример. В городской больнице в крае после лекций, во время вечернего обхода я увидел девочку 2,5 лет при смерти. Диагноз: туберкулезный менингит, судороги, туберкулез кишечника. Опровергнув этот диагноз, я немедленно авиацией переправил больную в нашу клинику, и следующим утром, тщательно изучив ее, диагностировал целиакию, побочное действие противотуберкулезных препаратов, назначенных ошибочно. Каждый курсант изучил историю болезни ребенка, осмотрел ее и участвовал в развернутой тематической конференции. Девочка долго была под моим наблюдением и, наконец, в возрасте 18 лет навестила меня в клинике, будучи в прекрасной физической форме, интеллектуально развитой, без каких-либо жалоб (диету она строго соблюдала). В клинике – работа с пациентом и его родителями, дома – подготовка к следующему занятию, лекции. Мы обучали студентов и курсантов также практическим навыкам, процедурам, умению обследовать больного, анализировать симптоматику и данные вспомогательных исследований, строить и формулировать диагноз, назначать план лечения и последующей реабилитации. Сотрудникам кафедры всегда активно помогали врачи клиники, они тоже недавно и постоянно учились у нас.

Значительным новшеством в преподавании была активизация занятий. Установлено, что когда ассистент рассказывает, а учащиеся только слушают, то усвояемость материала не выше 10-15%. Я категорически запрещал подобные “микролекции“. Занятие должно проходить активно, в дискуссии, в сшибке разных мнений, рекомендаций, в анализе прошлого опыта врачей, в обсуждении динамики процесса, причинно-следственных связей, выяснять типичные ошибки при обследовании, диагностике, лечении. Никто не может быть в стороне, отмалчиваться. Для стимуляции активности я постоянно на занятиях и лекциях предлагал учащимся ситуационные задачи из нашей и их повседневной практики. Решение задачи требовало теоретических и практических знаний, соответственно пройденного курса и их личного опыта. Я требовал от учащихся находить ошибки в высказываниях коллег, исправлять, дополнять материал, вести обоснованную дискуссию. Мотивация-мотивация и еще раз мотивация, личное желание, страсть “одолеть“ науку, научиться, почувствовать в себе уверенность. Все знать невозможно, да и не нужно. Надо знать главные принципы. Следить регулярно за литературой. Читать по специальности каждый день и дополнительно по теме неясного пациента. Такие семинарские занятия трудны не только учащимся, надо быть готовым к каждой теме, уметь высказаться, не тушеваться в споре, – но и преподавателю не легко стимулировать всю группу к активности, глубоко подготовиться. Не заставить! Врачу и студенту очень неловко, когда коллеги в группе свободно обсуждают тему, а он не знает, не подготовлен. Повторно такое с ним, скорее всего, не случится. Во-первых, знать ему необходимо для успешной работы, а во-вторых, у каждого есть чувство самооценки и оно у большинства людей обычно высокое. Кстати, обращались мы к ним только по имени и отчеству или словом – доктор. Соблюдение некоторой иерархии в отношениях не должно умалять вежливость. Мы помогали им самостоятельно учиться и, в то же время, спрашивать преподавателей, не стесняться своего незнания. Все время пребывания на специализации курсанты загружены максимально, но это были в основном молодые люди и они находили силы и время сходить в театр, кино, на выставку, на лыжах, на Столбы, устроить “чаепитие“ с обсуждением культурных новостей, подружиться. Этот элемент нашей воспитательной работы был скрыт от внешнего взора, не было назиданий, требований, упреков типа: “Ну, как же Вы этого не видели, не знаете и т.п.“. Наша цель – повысить их общую культуру, стимулировать развитие гуманности и доброты, отзывчивости на чужую боль, больше “думать о душе, меньше – о тряпках“. Человек высокой культуры неизменно стремится и к своей высокой профессиональной квалификации. В нашем коллективе был распространен и хорошо отлажен институт “наставничества“. Старший, опытный коллега брал на себя заботу о психологической и технической поддержке молодого сотрудника – клинического ординатора, аспиранта, группы студентов, курсантов. Учеба и работа на такой многопрофильной кафедре, где очень высокие морально-этические, профессиональные и научные критерии, – было трудным делом, некоторые учащиеся по началу просто пугались, считали, что это не по их силам. Прошли многие годы, но и по сей день нынешние наши воспитанники врачи, доценты и профессора с громадной благодарностью и любовью вспоминают своих наставников (М.С.Зырянову, К.С.Крутянскую, И.П.Верниковскую, А.Ф.Швецкую, Е.П.Кириллову, В.Г.Леонову, З.Н.Гончарук и других).

Особые задачи я возлагал на лекционный курс. Лекция, конечно, не должна повторять учебник. Ее назначение – дать новейшие научные сведения по данной теме, показать их практическое приложение, если еще не сегодня, то на завтра. Научная информация удваивается каждые 2-3 года, а сегодня – быстрее. Любой учебник, монография устаревают в части глав уже в день выхода из печати. Лектор должен быть на острие науки. Однако не все, о чем сообщает пресса, говорят докладчики, – следует немедленно внедрять. Новые лекарства фармацевтические фирмы проверяют 5-7 лет и, тем не менее, часть из них вскоре отзывается из продажи из-за выявленных неблагоприятных эффектов. Разумный консерватизм – мое кредо. Мы не отвергали, но проверяли новые предложения, чтобы лично убедиться в пользе и безвредности рекомендации, в ее научной обоснованности. Не плестись в хвосте событий, но и не рисковать здоровьем пациента. Так, я очень осторожно отнесся к расширению показаний применения цитостатиков, иммуномодуляторов, трансфузий крови, больших доз витаминов и др., но мы первыми в стране применили эуфиллин младшим детям, элементы гибернации при лечении гипертермии, фототерапию при желтухе новорожденных, гипербарическую оксигенацию, лечение низкоэнергетическим лазером болезней суставов, желудка; комплексную интенсивную терапию при угрожаемых состояниях, промывание бронхов и другое. Лектор показывает аудитории теоретические основы проблемы, приводит новейшие сведения, показывает связь с практикой. Прекрасно, когда есть собственные исследования, особый опыт по разбираемой теме, свое мнение. Но грубой ошибкой звучат высказывания некоторых “лекторов“, которые, не зная темы, с чужого голоса оскорбительно говорят о других теориях и методиках, считают себя непогрешимой инстанцией. Так, нас пытались порицать за интратрахеальное промывание бронхиального дерева при тяжелых гнойнообструктивных поражениях. Критерий – практика, результаты. Тяжелейших больных мы излечивали и без осложнений, а в центральных клиниках страны, где не использовали методику по Кюну, продолжали терять больных.

В науке нет и не может быть завершенных теорий, ибо на каждый ответ следует новое “почему“, “зачем“, “как“? Наука всегда в движении, в ней много противоречивых гипотез, мнений. Уважительная, основанная на взаимно проверяемых фактах дискуссия, способствует развитию науки. Но лектор не может быть в стороне от критики шарлатанов, мистики, лженауки, когда, к примеру, ни одна лаборатория в мире не подтверждает экстравагантные заявления некоторых авторов, выдающих желаемое или кажущееся за действительное. Например, структуированная живая вода, некое биополе, телекинез, квантовая генетика и т.п.

Лекция становится квинтэссенцией состояния науки и практики в исследуемой проблеме. Поэтому ее содержание обновляется от цикла к циклу, и курсанты, приехавшие через несколько лет к нам на повторную учебу, замечают, что излагаются новые сведения, новые трактовки даже по таким, казалось бы повседневным темам, как рахит, питание детей, пневмонии, диатезы и т.п.

Проведенная нами специализация в здравоохранении логично потребовала введение института внештатных краевых специалистов. Ими были назначены сотрудники нашей клиники. Они курировали определенные направления в клинике и в крае. Доценты В.Г.Леонова, С.И.Устинова (неонатология), К.С.Крутянская, проф.. Н.А.Ильенкова (пульмонология), Е.П.Кириллова, д.м.н. Е.Ю.Емельянчик, врачи И.С.Потехина, Г.И.Кулакова, Л.А.Астахова (кардиология), Ф.А.Вятчина, доц.В.Н.Тимошенко (артрология), доц.А.Ф.Швецкая, К.Н.Бакланова, А.М.Бобровничая (аллергология), Л.Н.Мотлох, Э.И.Иванова, Г.П.Ивакина, М.Г.Табацкая (нефрология и гастроэнтерология), доц.З.Н.Гончарук М.В.Борисова, Т.И.Рыкованова (гематология), доц.М.С.Зырянова, проф.Т.Е.Таранушенко (эндокринология). Крайздравотдел для других подразделений педиатрии привлекал специалистов и из других учреждений – детские хирург, онколог, гинеколог, офтальмолог, отоларинголог, инфекционист, ортодонт, психиатр и другие.

Одновременно я ввел опять-таки впервые выраженную специализацию и в преподавании. Кто лучше специалиста знает свой предмет!? Поэтому перечисленные выше специалисты отвечали на кафедре за подготовку и проведение лекций, занятий и семинаров по “своей“ дисциплине, за учебные пособия, участвовали в научной работе и написании книг, вели занятия, читали лекции. В последующем, когда мы стали широко практиковать специализированные 1-1,5 месячные циклы, на них же возлагалась основная ответственность за эту работу. Их хорошо знали врачи в крае, что способствовало деловым, повседневным контактам и повышало эффективность как учебы, так и практической работы, внедрению нового. Педагогике я всегда уделял большое внимание, вводя и предлагая те или иные принципиальные новшества. Не все они быстро принимались, была борьба мнений. Так, в 1965 году в журнале “Педиатрия“ я выступил с предложением объединить кафедры факультетские и госпитальные. Прошло немало лет, но идея все же восторжествовала. В те же годы на Всесоюзном съезде педиатров я предложил иную трактовку диатезов, вместо принятой тогда, и традиционно изложенной в докладе Ю.Ф.Домбровской. В свете современных достижений генетики еще более очевидна принципиальная необходимость нового представления о диатезах, как о подверженности, предрасположенности к болезни.

Большим дефектом советской системы медицинского образования было длительное время игнорирование мирового опыта, наличие “железного занавеса“. Возведение в догму, полезного по своей сути учения И.П.Павлова о высшей нервной деятельности, задержало развитие не только физиологии, но и других разделов медицины. Многие годы врачи, оканчивающие институт, понятия не имели ни о генетике и наследственных болезнях, ни об общем адаптационном синдроме Г.Селье. Не знали они и клеточную теорию Вирхова, и психоанализ З.Фрейда (его разрешалось только критиковать без изложения сути учения, как обычно в то время). Практически не разбирались в психологии. Врачи имели крайне поверхностные сведения об эндокринологии, иммунологии, геохимических провинциях, биохимической индивидуальности и т.д. Разумеется, этого не было в учебниках или упоминалось вскользь и чаще отрицательно. Отброшено было даже отечественное учение И.В.Давыдовского об общей патологии, поскольку оно не понравилось официальным философам. Везде давил идеологический штамп: это можно, а это нельзя; “у них“ – социальные болезни, “у нас“ – их нет; человек социален, а потому биологическое в нем на десятом месте и т.п. Там, где политика вмешивается в науку, – не жди хорошего. С первых же лекций я стремился преодолеть этот дефект образования врачей, поскольку большинство перечисленного должно было войти в их практику. По мере расширения наших научных исследований, включая местные эпидемиологические данные, мы получили достоверные факты, о которых преступно было бы молчать. Мы включили эти сведения в наши лекции и через курсантов и новых врачей-педиатров в работу педиатрической службы края. Учащиеся с интересом слушают даже весьма сложные теоретические вопросы при достаточно доходчивом изложении, но особенно они увлекаются практическими сведениями, рекомендациями и, как правило, результатами анализа работы педиатрической службы края, их города, района. Им предоставляется возможность задать любой вопрос, поспорить с лектором, высказать свое мнение о профилактической и лечебной работе, об этических и нравственных проблемах, трудностях взаимоотношений врач-пациент-общество, и на другие темы. Дискуссии на равных, без давления авторитетов – один из прекрасных путей образования, когда идея не навязывается со стороны, а принимается учащимися, как своя.

В начале 60-х годов наша главная цель была преодолеть крайне высокую детскую смертность, в структуре которой основное место занимали острая пневмония, кишечные токсикозы, респираторно-вирусные инфекции с гипертермией и судорогами, болезни новорожденных. Мы разработали с учетом мирового опыта методы интенсивной терапии этих состояний, внедрили их в клинике, обучили всех врачей клиники и значительное время уделили этим вопросам в работе с курсантами и студентами. Кураторы и врачи, прошедшие у нас учебу, стали энергично внедрять эти методы повсеместно в крае. Одновременно мы организовали учебу процедурных медицинских сестер из районных больниц, и повсеместно перешли от подкожных вливании к внутривенным. В деле интенсивного лечения нет мелочей, даже дыхание кислородом надо проводить правильно. Совместно с Е.А.Помыкаловой мы выпустили первую брошюру – “Лечение токсикозов у детей“. Брошюра получила широкое признание в СССР и существенно помогла врачам в их работе. В комплекс интенсивного лечения я разработал и внедрил совместно с В.Г. Сорокиной элементы гибернации. Все это позволило резко (в 4 раза) снизить больничную летальность, и распространение наших рекомендаций в крае – снизить детскую смертность. Поэтому, когда в 1965 году на коллегии МЗ РСФСР заслушивался вопрос о детской смертности в Красноярском крае, то доклад зачитал заведующий крайздрава С.В.Граков, а на многочисленные вопросы отвечал я. В итоге, нашу деятельность одобрили, наши предложения представили на ВДНХ СССР, меня, В.К.Сологуба, Р.Алехину наградили медалями ВДНХ, краевая больница получила знамя Правительства СССР, и по нашему опыту во всех больницах страны были созданы палаты интенсивной терапии.

Создание и развитие научной и практической педиатрии, выросшей в особую клиническую школу красноярских педиатров, шло быстрыми темпами. Головной была и остается по сей день краевая клиника детских болезней, которая функционирует как многочисленный комплекс специализированных центров, непрерывно обновляющих и постоянно внедряющих по всему краю все самое прогрессивное, передовое. Следующим крупным успехом стала борьба с ревматизмом, которая затруднялась большим числом детей с сердечной недостаточностью вследствие пороков сердца. Это была многолетняя и трудная работа, потребовавшая от нас экспериментальных, клинических, иммунологических, гормональных исследований. А также серьезной организационной перестройки, привлечения практических врачей, математиков, кибернетиков, иммунологов. По этой теме защищено более 20 диссертаций (в том числе 3 докторских), издано несколько книг (в т.ч. в Москве), опубликовано несколько методических рекомендаций и более 200 научных статей. В результате внедрения научных разработок и привлечения внимания врачей к проблеме заболеваемость ревматизмом снижена в 10 раз, а частота приобретенных пороков сердца – и того больше. Не менее злободневной была и проблема стафилококковой инфекции и хронических гнойных бронхолегочных поражений. Специализированное пульмонологическое отделение с 1962 г., а с 1967 года крупный и великолепно оснащенный первый в СССР легочный центр сыграли исключительно важную роль в решении этой проблемы. Для сравнения – в первые годы существования этой службы, мы после интенсивного лечения вынуждены были передавать хирургам ежегодно от 40 до 60 больных для операций на легких, но уже через 4-5 лет число подобных пациентов снизилось до единичных случаев. Рано начатое, интенсивное и длительное лечение в сочетании с последующей реабилитацией – дали хорошие результаты. Сегодня в легочной патологии превалирует другая структура – врожденные и наследственные болезни.

Успешно продвигались и другие разделы педиатрии: налажен был учет и современное лечение эндокринных больных. Дети, страдающие сахарным диабетом, перестали умирать; улучшилось раннее выявление больных гипотиреозом, крипторхизмом, задержкой роста и др. Артрология развивалась путем внедрения новейшего консервативного лечения, использования ГБО, лазеров (внутрисуставно), физиотерапии и оперативного лечения совместно с ортопедами; в гастроэнтерологии широко используются эндоскопические методы обследования и лечения; развивались аллергология, гематология, нефрология. Поставленная нами задача подготовки для края квалифицированных педиатров, успешно работающих во всех областях детского здравоохранения, была в основном решена. Но эта работа не может быть временной и учеба ни на день не затихает. Большую роль в становлении научной педиатрии в крае сыграла работа общества детских врачей, которое я возглавлял 27 лет. Мы создали активно работающие филиалы в городах края, иногда помогали им книгами, часто выступали с лекциями. Заседания проводили строго регулярно, на высоком научном уровне, с хорошей дискуссией, обсуждением практических проблем края.Заслушивались и диссертанты. О работе красноярского общества педиатров с одобрением не раз сообщалось на съездах педиатров страны и в педиатрических журналах. Многие годы моими помощниками в этой работе были А.Ф.Швецкая и А.М.Бобровничая. Принятый нами темп и, главное, достигнутый новый психологический настрой врачей, поддерживали не только деловую активность, стремление к новому, к знакомству с достижениями мировой науки, но и резко подняли морально-нравственный уровень самих педиатров. Повысился их авторитет среди населения.

По материалам ВОЗ уровень здоровья на 50-55% определяется образом жизни человека, его семьи, вредных привычек (курение, пьянство и т.п.), сомнительные этнических традиций, отношением к детям, методам их воспитания, использования физического насилия, быта, экономического положения и пр. Мы совместно с краевым педиатром Е.И.Мурашко провели детальный, многолетний анализ влияния на заболеваемость и детскую смертность многих социальных и биологических факторов. Вначале многие сведения нам властные структуры настойчиво “не рекомендовали“ публиковать, слишком уж они были одиозными, “позорили“ социалистический строй. Но нам было не до ложной идеологии, необходимо было внедрять идеологию здорового образа жизни как норму жизни, как ее спасение. Имея на руках точные статистические сведения по краю, я и мои коллеги могли, опираясь на факты, вести активную воспитательную и пропагандистскую работу. Более 25 лет я возглавлял передачи “Здоровье“ на краевом телевидении и на радио, более 20 лет был председателем медицинской секции общества “Знание“. Мои регулярные выступления и совместно с сотрудниками кафедры были направлены на широкую аудиторию. Они и несли не только традиционно важные сведения о том, что нужно для развития детей и сохранения их здоровья, что полезно, что вредно, но и заостряли темы грудного вскармливания, подготовки беременности, полового воспитания, негативных последствий ранней половой жизни, абортов, роль медицинской культуры и пр. Ханжество идеологических цензоров было всем известно и преодолеть его было порой далеко не просто. Много раз выступал и на ТВ г.Норильска. Лекции для населения, передачи на ТВ и радио, – все это привлекало внимание общества к детям, к нуждам детского здравоохранения, помогало добиться лучшего отношения властей к решению многих злободневных проблем.

Педиатрия, будучи медицинской дисциплиной, выходит далеко за ее пределы. Она глубоко связана с биологией, генетикой, психологией и воспитанием ребенка, физкультурой и спортом, педагогикой, философией, кибернетикой, физикой, химией, социологией и др. Новейшие данные науки и клиники показали достоверную зависимость здоровья и длительности жизни человека от того, как шло его формирование на стадии зародыша и здоровья его родителей. Для педиатрии нет “чужих“ тем, – все, что связано с человеком, в поле ее непосредственных интересов. Решение злободневных задач детского здравоохранения (детская смертность, острые болезни и пр.) нельзя откладывать “на потом“, но будет ошибкой отказываться и от разработки других, хоть и менее драматических, но не менее судьбоносных проблем.

Любые клинические исследования требуют сопоставления полученных данных с теми же показателями у здоровых детей и, очень желательно, с параметрами того же пациента в здоровом состоянии. А кого считать здоровым? Что есть норма? Как все это соотносится с биохимической, иммунологической, функциональной, морфологической, генетической и т.д. индивидуальностью? Все эти вопросы встают перед врачом при обследовании каждого пациента. Ни теоретически, ни практически они не решены и еще очень не скоро будут установлены. Созданы некие условные величины, среднестатистические, “нормативы“. Наша кафедра не могла остаться в стороне от разработки и этих сложнейших фундаментальных проблем. Большая группа наших сотрудников (Е.И.Прахин, Т.А.Титкова, В.И.Прохорова, Б.Э.Овсянникова, Е.П.Кириллова, Е.Ю.Емельянчик, Т.Е.Таранушенко, Н.А.Ильенкова и др.) и десятки практических врачей несколько десятилетий ведут изучение физического, полового и функционального развития детей в различных климато-географических зонах, организованных и неорганизованных групп, при неодинаковых экономических и социальных условиях, различном питании, при действии неблагоприятных экологических факторах, при адаптационных стрессах и т.п. Для практического здравоохранения изданы методические рекомендации, инструкции по питанию, физическому воспитанию, для оценки уровня и особенностей физического и полового развития, десятки научных статей, несколько крупных и ставших хорошо известных в мире монографий (совместно с М.С.Зыряновой, К.С.Крутянской, В.Г.Леоновой, Е.И.Прахиным, А.И.Ицкович).

Очень важно, что практические врачи приняли и освоили новую парадигму педиатрии и стали подходить к этим вопросам творчески, стремясь следовать нашим рекомендациям, высказанным в лекциях, на обходах и в книгах: максимально индивидуализировать каждого пациента в условиях здоровья иили болезни, оценивать темпы и уровень его биологического, интеллектуального и социального развития, состояние и резервы устойчивости к неблагоприятным условиям среды обитания, возможности и эффективность адаптации. Более 20 лет назад в дефиницию здоровья ВОЗ “полное физическое, душевное и социальное благополучие, а не только отсутствие болезней или физических дефектов“ я ввел добавление: – “…и наличие условий и фактическая оптимальная реализация в онтогенезе генетической программы развития“. В настоящее время все с большей уверенностью приходят сообщения о большой роли определенных генов не только в биологическом, физическом развитии человека, но и в его психическом, интеллектуальном и даже в ряде элементах социального развития ( доброта, доверчивость, альтруизм, лидерство и др.). Разумеется, громадная роль среды обитания, обеспечивающей необходимые условия реализации генетических программ, не умаляется, но подчеркивается исключительная важность индивидуального воспитания и адекватного обучения с самого раннего возраста. Кроме того, эти сведения подкрепляют наши прошлые исследования (с группой Т.Титковой) о неготовности к школьному обучению не только многих 6-ти летних, но и 15-20% – 7-летних детей. Значительная часть из них не может освоить обычную программу средней школы. Результаты напряженных многосторонних работ по этой проблеме нашей кафедры совместно с другими учреждениями мною докладывались неоднократно на совещаниях в министерствах просвещения и здравоохранения РСФСР, на сессии СО АМН СССР, на представительных форумах, и докладная записка отправлена в правительство. Мы настаивали на необходимости предварительной подготовки всех детей к школе, а затем по результатам психологического и врачебно-педагогического тестирования решать вопрос степени готовности каждого ребенка к той или иной форме обучения. Исходить не из календарного возраста (6 или 7 лет), не формально, а строго индивидуально, стремясь дать каждому ребенку все возможности для реализации его генетического потенциала. Отрадно, что не только научные работники, но и практические врачи, психологи солидарны с нашими рекомендациями. Разумеется, результаты этих, как и других научных исследований нашего коллектива, не только обязательно докладывались на съездах и конференциях, публиковались, но и включались в программу обучения врачей и студентов. Если в какой-то части этих работ были дискутабельные разделы, а без этого нет движения вперед, то мы всегда их не утаивали, а напротив, демонстрировали наше видение проблемы. В сущности, каждая новая научная работа, а без новизны это не наука, предлагая что-то новое, дополняет, заменяет и даже отрицает другое мнение, рекомендацию.

Красноярский край – это очень большая, необыкновенно красивая, чрезвычайно разнообразная, суровая и на редкость богатейшая страна. В ней все “самое-самое“, и люди – тоже! Уже в 1962 году я заметил, что в Заполярье дети болеют не так, как в г.Красноярске, а в Красноярске – не так, как в Ленинграде. Ревматизм в условиях Норильска протекал с малой клинической симптоматикой и небольшими иммунологическими сдвигами, но поражения сердца от этого не стали легче. В дальнейшем нами и другими исследователями было показано, что противоинфекционные и прививочные антитела в Заполярье у детей образуются в гораздо меньшем титре, чем в средней полосе страны. Стафилококковая инфекция пневмония, сепсис и т.д. имела выраженную, тяжелую клинику. В г.Красноярске дети болели заметно тяжелее, чем в западных областях страны. Все это требовало объяснения, как в научном плане, так и в практической деятельности,– как диагностировать, лечить, помочь пациентам и врачам. Занявшись этой новой проблемой, я стал курировать здравоохранения Норильска, Дудинки, северных районов. Затем МЗ РСФСР назначил меня председателем министерской проблемной комиссии “Адаптация и здоровье человека на Севере“. Пришлось почти 20 лет планировать, анализировать, контролировать научные работы по всему Северу СССР, проводить научные конференции и пленумы правления комиссии, рецензировать и выпускать сборники научных работ, обзоры, библиографии, оценивать диссертации и т.д. К изучению здоровья человека на Севере были привлечены многие институты страны, практические врачи. С целью оказания практической помощи и для проверки хода научных работ и состояния дел в здравоохранении по заданию МЗ РСФСР я специально ездил в г.Петрозаводск, Мурманск, Архангельск, Краснодар, Барнаул, Иркутск.

Северная проблема – одна из труднейших в науке. Поэтому мы с проф. В.К.Сологубом выступили инициаторами создания в г.Красноярске научно-исследовательского института медицинских проблем Севера в системе АМН СССР. Мы разработали научное и организационно-техническое обоснование, провели большую подготовительную организационную работу, доказывая на всех инстанциях, начиная с властей Красноярского края, и до Правительства СССР и Президента АМН СССР необходимость и возможность такого учреждения, и крайне важное политическое, экономическое и моральное значение исследований здоровья коренного и пришлого населения Севера. Мы ставили задачу не только выяснить течение адаптационного процесса, но и научно обосновать практические рекомендации по сохранению здоровья многих десятков тысяч людей, осваивающих богатства Заполярья. В ходе предварительной работы я встречался и советовался с жителями городов Севера, местными руководителями и даже удалось подробно поговорить с легендарным основателем Норильска крупным ученым Н.Н.Урванцевым. В итоге наше предложение было одобрено и принято, распоряжение Правительства СССР об организации института Севера издано, но … нас к продолжению этой работы не допустили, хотя никаких претензий нам не высказали, в деловых организационных способностях В.К.Сологуба и моих научных возможностях ни у кого сомнений не было. Действовали не деловые и не научные факторы. Эпоха, увы. Для нас и для науки это был тяжелый удар. Все же коллектив кафедры не отчаялся и в комплексе с другими учреждениями и практическими врачами почти без денег, на энтузиазме мы выполнили громадный объем работы, создали и развили учение об адаптации детей на Севере, опубликовали много статей в стране и за рубежом. Обобщающая монография Ж.Ж.Рапопорта “Адаптация ребенка на Севере“ стала первой в мире книгой на эту тему. Некоторое время мы работали по “северной“ тематике в успешном комплексе с ИКЭМ СО АМН СССР (директор В.П.Казначеев), получали часть финансирования экспедиций, участвовали в конференциях, а так же в проведении в г.Новосибирске Международного конгресса по Северной медицине (мне поручили курировать подготовку и проведение заседаний секций педиатрической и акушерско-гинекологической). С В.П.Казначеевым и его сотрудниками было интересно, легко и полезно работать, обсуждать теоретические вопросы и результаты экспедиций. По целому ряду принципиальных вопросов у нас сохранялись разногласия, но дискуссии носили интеллигентный деловой характер и вполне демократические. К различиям в результатах научных исследований мы относились очень серьезно, придирчиво, каждый раз перепроверяя методики и изыскивая возможные ошибки с нашей стороны. Особенно большое несоответствие обнаружилось в параметрах биохимических исследований между наблюдениями новосибирцев и нашими обследованиями детей. В связи с этим мы провели дополнительную экспедицию в г.Норильск и Дудинку, где под руководством нашего биофизика В.Г.Безгачева вновь обследовали большую группу здоровых детей. Это была очень трудная миссия, поскольку кровь пришлось забирать у здоровых детей. Родители и сами дети отнеслись к нам благосклонно, согласились с исключительной важностью этих исследований. В итоге, были подтверждены предыдущие наши выводы, ошибки не было. Кстати, подобное строго критическое отношение к научным исследованиям мы осуществляли постоянно, повторно проверяя методики, ход работ, статистические выкладки и заключения. Поскольку я оставался членом проблемной комиссии СО АМН, то многие годы регулярно получал от В.П.Казначеева обширные рукописи с изложением его научных взглядов и пропагандой идей В.И.Вернадского. Таким образом, проблема адаптации детей в условиях здоровья и болезней слилась с проблемой нормы и здорового ребенка, и стала на многие годы ведущей научной проблемой нашего коллектива. Хочу подчеркнуть, что при работе над этой проблемой я создавал группы специалистов из разных учреждений, которых увлекала наша научная тематика. Оплачивать мы могли только дорогу и скудные командировочные на время северных экспедиций. Врачи г.Норильска и Дудинки помогали и совместно с нами вели научные исследования (врач Л.Г.Лега и педагоги В. и Ю.Гончаровы защитили диссертации), публиковали статьи. Комплексные исследования и определили серьезные результаты в теоретическом и практическом отношениях.

При разработке кардиоваскулярной патологии мы выдвинули теорию функциональной системы транспорта и потребления кислорода (ФСТиПО2), которая объединила все морфо-функциональные подсистемы поступления, транспорта и потребления кислорода в организме. При участие наших сотрудников биофизиков В.Г.Безгачева, Л.А.Михайловой и математика Джансоитова (институт физики СО АН СССР) удалось сформулировать и дать математическое обоснование и количественное выражение работы этой системы, как в условиях нормы, адаптационного напряжения (спорт, переезды и пр.), так и при патологии (диссертации А.Ицкович, Л.Михайловой, Т.Таранушенко, И.Верниковской, О.Д.Кондрашевой, В.Тимошенко, К.Бастриковой, З.Климовой, Т.Шебаршевой, Н.Щербак, В.Щербак, Л.Касснер, Е.Емельянчик). В настоящее время на кафедрах детских болезней 1 и физиологии продолжаются исследования по этой центральной проблеме. Они уже давно вышли за первоначальные рамки клинических интересов и сегодня служат важнейшим научным аппаратом в изучении реакций организма на разнообразные условия среды обитания, ее изменений, действие благоприятных или повреждающих факторов, адаптации к школе, к различным типам спортивных занятий, к физиологическим (рост, возраст и пр.) и патологическим сдвигам в организме. Чрезвычайно ценной оказалась эта теория в изучении ранних количественных сдвигов ФСТиПО2 у детей на стадиях доклинических или минимальных начальных проявлений отклонений от нормы (гиподинамия, ожирение, чрезмерные физические или психические нагрузки, климатическая иили географическая адаптация, повреждения экологии, стрессы и т.д.). Например. Во время одной из поездок в Хакассию мы обратили внимание на некоторую вялость и сонливость младших школьников. Педагоги объясняли это тем, что детей рано будят и отправляют в школу. Это объяснение нас не удовлетворило, и Т.Е.Таранушенко, имевшей опыт работы эндокринологом, было предложено изучить у таких детей на доклинической фазе состояние щитовидной железы, ее функцию, динамику йода и реакцию ФСТиПО2. Работа была успешно выполнена, защищены кандидатская и затем докторская диссертации, а сегодня продолжается уже в рамках международных исследований. Результаты наблюдений широко представлены в литературе, вошли в практику педиатров и внедрены в учебные планы курсантов и студентов, – все в соответствии с нашими традициями.

В последние 25 лет 20-го столетия стали отчетливо видны изменения состояния здоровья населения и структуру заболеваемости. Острые болезни, инфекции постепенно отходили на второй план, а ведущие места заняли пограничные состояния, разного рода дисрегуляции, детренерованность, ожирение, артериальная гипертония, аллергические и аутоиммунные болезни, гормональные нарушения, хронические заболевания, улучшилась диагностика наследственных болезней и уменьшилась летальность таких пациентов, соответственно, возросло число инвалидов. Разумеется, мы не могли остаться в стороне от новой тенденции и не стали ждать просьб и заданий. Как обычно, на кафедре формировались группы, которым поручалось комплексное изучение и решение проблемы. Это совпало и с другой трудностью: для реабилитации хронических и длительно болеющих детей в стране имелись специализированные санатории, путевки бесплатные, дорога – за счет родителей (не дешево). Как выяснилось, чисто популистское, рекламное дело. В течение года край получал путевки на 4-5% детей, нуждавшихся в лечении. Поэтому мы предложили профсоюзам и организовали местные оздоровительные сезонные лагеря, куда крайздрав и наша кафедра направляли врачей, осуществлявших дополнительную диагностику и необходимую реабилитацию. Оплата путевок профсоюзами и часть родителями, Не надо тратиться на дорогу, акклиматизироваться, далеко отрываться от дома. Успех превзошел все ожидания. Хороший эффект получили в лечении логоневрозов, энуреза, косоглазия, бронхиальной астмы, ожирения, сахарного диабета, сосудистых дистоний, неврозов. МЗ РСФСР поддержал нашу очередную инициативу, речь шла о возможности таким путем резко улучшить реабилитацию детей по всей стране, но… партийные органы в Москве не согласились, ибо “ политика партии направлена на бесплатное санаторное лечение детей“. Демагогия. Но в Красноярском крае эта работа все же продолжалась Одновременно мы смогли обследовать повторно много детей в больнице и в оздоровительном лагере-санатории. Получили интересные сведения о характере нарушения метаболизма, нервно-гуморальной регуляции и других параметров у этих пациентов, о начальных признаков атеросклероза. Мой отъезд лишь частично прервал развитие данного направления, крайне важного для современной педиатрии и всей медицины, и я надеюсь на большую интенсификацию работы, – таково требование нового времени.

Новое время принесло Красноярскому краю и другую тяжелейшую проблему – разрушение Природы, загрязнение вреднейшими веществами воздуха, воды, почвы, пищи, животных. Норильск и Красноярск занимают печальные первые места в перечне наиболее загрязненных городов мира. Начиная с 60-х годов, я постоянно говорил (и на ТВ) и писал о тяжелейших последствиях для детей повреждения среды обитания. Сочетание в Красноярске высокой влажности (р.Енисей из-за ГЭС не замерзает) с очень морозной и длительной зимой, и с чрезвычайной загазованностью атмосферы, – резко увеличило заболеваемость детей бронхиальной астмой и хроническими бронхолегочными болезнями. Анализ, проведенный нами с В.Ф.Мажаровым, показал, что у взрослых картина еще хуже: в загазованных районах в несколько раз выше заболеваемость стенокардией, сосудистыми катастрофами и болезнями легких. Выброс фтора в атмосферу увеличил число страдающих болезнями костей и суставов. Некоторое время я входил в экологический комитет, но он не имел полномочий и не смог существенно повлиять на сложившуюся ситуацию. Увы, это повсеместная трагедия в мире, поставившая человечество на грань самоубийства. Врачи указывают обществу на опасности, призывают не мириться с уничтожением Природы, ибо человек – часть ее и гибель Природы – это и гибель человечества. Все эти сведения вошли в наши статьи и книги, и заняли большое место в учебных программах. Предлагаемые министерством программы преподавания не успевают, да и технически и идеологически не способны угнаться за стремительной научной революцией в мире, изменениями в обществе, в окружающей среде, в экономике и социальных структурах, в быстро меняющейся ментальности нового поколения людей. Поэтому, наряду с преподаванием базисных основ педиатрии, и ее классических разделов физиологии и патологии детского возраста, необходимо вводить дополнения, отражающие современную действительность и краевые особенности. Например, мы внедряли в преподавание новые сведения о выявленных нами закономерностях роста и развития детей и подростков, отрицательной роли гипо- и гиперкинезии, адаптации в Сибири и на Севере, этнических особенностях питания и воспитания детей, своеобразии течения болезней в этом регионе, о патоморфозе, геохимических провинциях и связанных с ними болезнях, разных вариантов госпитализма, роли окружающей среды, эндоэкологии и дисбактериозах, новых лекарствах и лекарственной болезни и, конечно, последние мировые и наши сведения по отдельным нозологиям. Обучение требует гибкости и быстрого ответа на изменения в мире и в медицине.

Суть нашей школы – теснейшая взаимосвязь с обществом и практическим здравоохранением, возможно более быстрое и развернутое реагирование на общественные, социальные, экономические, природные катаклизмы, приводящие к негативным воздействиям на здоровье и жизнь человека, на развитие детей. Мы стремились привлечь внимание педиатров ко всему, с чем связан ребенок и что на него действует, Здоровье и развитие детей – это вроде лакмусовой бумажки состояния общества, его нравственных устоев, желания и возможности сделать все для счастья детей. Трудный период 90-х годов 20 века, когда в России тяжело пострадало все здравоохранение, но особенно детское, – ярким лучом высветило неблагополучие в общественном сознании, и тут же отразилось на детях. Началась ретардация физического развития, увеличилась заболеваемость, особенно хроническая и инфекционная и, страшно сказать, венерическая, травматизм, инвалидность, беспризорность. Основная масса детских врачей, хоть и тяжело страдала, выдержала эти нелегкие испытания судьбы, сохранила свою нравственность, этику, гуманность. Перелом к лучшему уже начался, но пройдет еще немало времени, прежде чем нравственные раны заживут, и разруха морали общества полностью уступит место главной идее – идее здоровья для всех.

Педиатрия – это тот главный алмаз в короне здравоохранения, по которому судят о справедливости и жизненной силе общества. Напомню слова А.Пушкина: “Алмаз молотом не проверяют“. Какие растут дети – такая судьба каждой семьи и всей страны