

мозговой травмой / Н.Б. Кармен // Бюл. эксперим. биологии и медицины. — 2005. — Т. 139. — № 4. — С. 403-405.

7. Кармен Н.Б. К механизму нейропротекторного действия клонидина / Н.Б. Кармен // Анест. и реаниматол. — 2005. — № 3. — С. 53-57.

8. Крылов В.В. Черепно-мозговая травма / В.В. Крылов, В.В. Лебедев // Врач. — 2000. — № 11. — С. 13-18.

9. Лукьянова Л.Д. Роль биоэнергетических нарушений в патогенезе гипоксии / Л.Д. Лукьянова // Патол. физиология и эксперим. терапия. — 2004. — № 2. — С. 2-11.

10. Смирнов В.С., Кузьмич М.К. Гипоксен. СПб: ФАРМиндекс, 2001. — 104 с.

11. Соколова Т.Ф. Иммунореактивность организма при тяжелой черепно-мозговой травме: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 1986. — 21 с.

12. Чурляев Ю.А. Нарушения негасообменных функций легких и их роль в развитии острого респираторного дистресс-синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме / Ю.А. Чурляев // Общая реаниматология. — 2005. — № 5. — С. 17-21.

13. Царенко С.В. Нейрореаниматология. Интенсивная терапия черепно-мозговой травмы / С.В. Царенко. — М.: Медицина, 2005. — 352 с.

14. Fallen E.T. Apparatus for study of ventricular function and metabolism in the isolated rat / E.T. Fallen, W.G. Elliott, R. Gorlin // J. Appl. Physiol. — 1967 — Vol. 22, № 4. — P. 836-839.

15. O'Leary P.W. Diastolic ventricular function in children: a Doppler echocardiographic study establishing normal values and predictors of increased ventricular end-diastolic pressure / P.W. O'Leary, K. Durongpisitkul, T. Cordes // Mayo Clin. Proc. — 1998. — Vol. 73, №7. — P. 616-628.

16. Park S.I. Hypoxia delays the intracellular Ca²⁺ clearance by Na⁺-Ca²⁺ exchanger in human adult cardiac myocytes / S.I. Park, E.J. Park, N.H. Kim // Yonsei Med. J. — 2001. — Vol. 42, № 3. — P. 333-337.

17. Smiseth O.A. Atrioventricular filling dynamics, diastolic function and dysfunction / O.A. Smiseth, C.R. Thompson // Heart Fail. Rev. — 2000. — Vol. 5, № 4. — P. 291-299.

18. Ziegelhoffer A., Kjeldsen K., Bundgaard H. et al. Na, K-ATPase in the myocardium: molecular principles, functional and clinical aspects / A. Ziegelhoffer, K. Kjeldsen, H. Bundgaard // Gen. Physiol. Biophys. — 2000. — Vol. 19, № 1. — P. 9-47.

РУСАКОВ Владимир Валентинович, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры патофизиологии с курсом клинической патофизиологии.

Дата поступления статьи в редакцию: 28.02.06 г.

© Русаков В.В.

УДК 61.2(091):571.1

Г. В. ФЕДОРОВА
С. В. ВЯЛЬЦИН
И. Е. НОВОКЩЕНОВА

Омская государственная
медицинская академия
Ханты-Мансийский государственный
медицинский институт

К ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В СИБИРИ: ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ ОКРУГ

В статье раскрыты страницы истории народов Сибири. Представлены сведения о медицине народов Севера. Акцент сделан на развитии здравоохранения в Сибири, начиная с XVIII в. Особое внимание в статье уделено Ханты-Мансийскому округу: развитию его территорий, становлению медицинского обслуживания местного населения, подготовке медицинских кадров за счет местных ресурсов, становлению научных исследований.

Присоединение Сибири к России произошло в конце XVI- начале XVII вв., хотя русские знали о ней еще в XI в., когда торговцы Новгорода ездили в Ургу (Приобская часть Западной Сибири) приобретать пушнину. Вслед за отрядами Ермака в Сибирь двинулись торговые люди, представители Русской православной церкви, а также крестьяне из Европейской части России, стремившиеся избавиться от крепостной зависимости. В XVI-XVII вв. возник ряд крепостей по рекам Иртышу, Тоболу, Томи. В 1632 г. был основан г. Иркутск, в 20-х гг. XVIII в. присоединен Алтай, а в 60-х годах XIX в. — Приамурье и Уссурийский край. Надо сказать, что заселение Сибири шло медленно. Оно осуществлялось за счет служилых людей, беглых крепостных, принудительно переселенных, высланных за различные преступления. По данным П. Слоцова, до 1823 г. в Сибирь ежегодно высылались до 2000 человек и с 1823 г. — до 6,5 тысяч.

Колоссальное пространство Сибири с древнейших времен было заселено народностями разноплеменного и многоязычного состава. Под влиянием естественно-исторических и социально-экономических причин этнический состав Сибири многократно изменялся. К приходу русских в Сибирь коренное население ее насчитывало до 40 народностей, основными из которых были: якуты, буряты, хакасы, алтайцы, тувинцы, эвенки (в прошлом тунгусы), эвены (ламуты), нанайцы (гольды), ульчи, ханты (остяки), манси (вогулы), ненцы (самоеды), чукчи, коряки, нивхи, юкагиры, алеуты и др. По переписи 1897 г., туземное население составляло 14,2% или около 823 000 человек. Распределено население было неравномерно. По данным 1863 г., в Западной Сибири было сосредоточено 58% населения, в Восточной и Забайкалье — 33%. На вымирание отдельных народностей указывалось в официальных доку-

ментах (губернских обзорах), а также на страницах сибирской периодической печати. Одной из важных причин вымирания являлся голод из-за истощения запасов рыбы: в реках и пушного зверя в тайге. Величайшим злом для нерусского населения являлся алкоголизм, который также способствовал вымиранию народов Севера. Антисанитария и невежество послужили одной из причин широкого распространения бытового сифилиса, который вместе с алкоголизмом стал одной из важнейших причин вымирания коренного населения Сибири. Особенно тяжелым было положение женщин и детей. Бесправие, неустроенный быт и религиозные предрассудки приводили женщин к болезням, преждевременной старости и смерти. Около половины детей умирало, не дожив до года. Высокой заболеваемости и смертности способствовало отсутствие медицинской помощи.

Вместе с тем существуют факты, которые дают основание предполагать, что древние алтайцы в период скифско-сарматской цивилизации владели техникой бальзамирования трупов, выполняли трепанацию черепа, сшивали раны, сверлили кости. Русские исследователи, изучавшие народную медицину сибиряков, описывают целый ряд весьма оригинальных методов лечения болезней, применявшихся с незапамятных времен.

Кочевой образ жизни многих народностей, холодные временные жилища, антисанитария, недоброкачественная пища приводили к высокой заболеваемости и смертности, особенно от эпидемических заболеваний, которые занесли в Сибирь колонисты. В 40-х гг. XVII в. в Сибири прокатилась первая волна эпидемии оспы. В том же веке на северо-восточное побережье был завезен сыпной тиф «гнилая горячка». Эти заболевания почти полностью уничтожили живших на о. Сахалин и о. Иессоайнов, в 1827 г. погибла множество гольдов. Вместе с тем Сибирь являлась родиной таких болезней, как полярная истерия, урвская болезнь, зоб, цинга, сибирская язва.

Начало появления сибирской язвы до сих пор никому не известно. По сведениям тобольского врача Линденбурга, местные старожилы считали, что «сибирка» была известна в Сибири «с незапамятных времен». Первое упоминание в литературе об этом заболевании относится к 1611 г. В Сибири были приняты административно-санитарные меры. В слободах Прииртышья «был установлен карантин, селения окружены караулами, людей не пропускали, даже провианты и письма окуривали» (летопись Андреева). Начиная с 1720 г. и до Первой мировой войны это заболевание ежегодно регистрировалось в степных районах Сибири.

Первое известие о цинге в Сибири засвидетельствовано Кунгурской летописью в 1582 г., когда Ермак зимовал в г. Чигинде (район Тюмени). В дальнейшем цинга являлась частой спутницей русских людей в Сибири. В XVIII в. это заболевание оставалось обыденным явлением среди русских колонистов и военных гарнизонов, но она также стала регистрироваться и среди коренного населения.

Время появления венерических болезней, и в частности сифилиса, в Сибири точно установить невозможно. Литературные сведения весьма разноречивы. Несомненно, что сифилис в Сибири появился давно и нашел благоприятную почву для своего распространения. Сифилис проникал разными путями из Японии, Китая, Америки. В отдельных сибирских городах во второй половине XIX в.

врачебными обществами принимались меры к организации точного учета и делались попытки изучения заболеваемости. Прогрессивные врачи Сибири пытались разрабатывать проекты рациональной борьбы с венерическими заболеваниями, но эти меры носили паллиативный характер.

Историки Словцов и Андриевич первое появление оспы среди Нарымских остяков относят к 1610 г. Оспа тогда погубила множество людей. В XVIII-XIX вв. оспа непрерывно регистрировалась на территории Сибири. Первые попытки введения оспопрививания в Сибирь относятся к XVIII в. и связаны с деятельностью Тобольского губернатора Д. Чичерина, который в 1763 г. обращался к правительству за разрешением открыть «оспенные дома».

Народная медицина в Сибири представляет собой вековой опыт коренных народностей. На ее формирование оказали влияние китайская, тибетская и русская медицина. В 1719 г. Петр I послал в Сибирь Д. Мессершмидта с поручением искать «всяких раритетов и аптекарских вещей, трав, цветов, корней, семян и прочих принадлежащих статей в лекарственные составы». Д. Мессершмидт пробыл в Сибири 5 лет и увез в Петербургскую кунсткамеру ботанические, зоологические и минералогические коллекции, судьба которых неизвестна. В дальнейшем в Сибирь было предпринято множество научных экспедиций и путешествий в составе врачей, зоологов, ботаников, которые внесли богатый вклад в науку о флоре и фауне Сибири. Во второй половине XIX в. сибирские врачи и любители естествознания продолжали заниматься изучением сибирской флоры. Многие лекарственные средства растительного происхождения, применявшиеся в народной медицине, были вполне рациональными, а некоторые из них используются в современной медицине. Например, для лечения ран применяли водочный настой березовых почек, листьев подорожника, тысячелистника, свежие листья зверобоя. Излюбленными средствами животного происхождения сибирских аборигенов являлись костный и головной мозг различных животных, желчь медведя, жир медвежий, барсучий, рыбий. Наряду с уже сказанными средствами лечения коренное население Сибири прибегало к некоторым хирургическим приемам. Есть сведения, что юкагиры издавна знали анатомию. Вскрывая трупы, они пытались найти причину болезни. Гольды после извлечения стрелы из тела воина тампонировали раневое отверстие органами животного. Способы иммобилизации поврежденных конечностей были известны также давно. Особое место в лечении занимали различные способы иглоукалывания и прижигания. Алеутские туземные врачеватели славились своим искусством. Лечение болезней средствами народной медицины занимались различного рода знахари, в том числе шаманы. Некоторые знахари, будучи людьми грамотными, пользовались средствами и методами, рекомендованными травниками, лечебниками и на страницах сибирской периодической печати. Отсутствие врачей и больниц вынуждало администрацию в период эпидемий привлекать знахарей, деятельность которых иногда высоко оценивалась. Особым видом знахарства был шаманизм. Наряду с религиозными, языческими культовыми приемами, они применяли рациональные методы лечения, в том числе заимствованные у буддийских лам и христианских миссионеров. Предметом особого изучения являлась тибетская медицина, которая пользовалась популярностью в Забайкалье. Несмотря на

успехи научной медицины XIX – начала XX вв., народная медицина в Сибири продолжала играть огромную роль, особенно у коренных народностей.

Сибирские монастыри, как и все учреждения православной церкви, покровительствовали больным. Первые стационарные учреждения в Сибири возникли, по-видимому, еще в допетровский период в монастырях. Для содействия правительственным мероприятиям в Сибири в первой половине XIX в. организируются миссионерские общества. Миссионеры занимались медицинской помощью местному населению, строительством больниц, приютов, церковных школ и др. Особое внимание миссионеры уделяли оспопрививанию, так как шаманы отказывались бороться с оспенной болезнью. Таким образом, отсутствие государственной и общественной медицинской организации превращало медицинскую практику в прерогативу церкви во благо христианства.

До XVIII в. военных медучреждений в Сибири не было. С 1719-1720 гг. начинается более или менее регулярное обеспечение сибирских гарнизонов медикаментами и медицинскими пособиями через Оренбургскую полевую аптеку. Первый военный госпиталь в Сибири был открыт в 1735 г. в Тобольске. Размещался он в деревянном здании и имел 20 коек. Вслед за ним были открыты госпитали в Селенгинске, Иркутске, Томске, Якутске, Омске и др. крупных по тому времени городах. Некоторые госпитали были первоклассными медучреждениями, имели в штате значительное число высококвалифицированных врачей и сыграли огромную роль в развитии здравоохранения Сибири. Это были первые учреждения, где оказывалась стационарная помощь гражданскому населению. В Сибири Приказы общественного призрения появились в начале XIX в. Первые больничные учреждения Приказа появились в Сибири в это же время. В 1803 г. была открыта первая такая больница в Томске. Больницы всегда были переполнены. В 1868 г. в земских губерниях России приказные больницы передали земствам. В Сибири не было земств, поэтому эти заведения продолжали существовать при губернских управах как казенные учреждения Министерства внутренних дел.

Аптекарские кадры для Сибири готовились в центральной России. Лечебные заведения и население в Сибири постоянно испытывали недостаток в лекарствах. Хуже всех обеспечивались медикаментами коренные жители Сибири.

Начало XX в. ознаменовалось проникновением капитализма в Сибирь. Развитие капитализма требовало подготовки специалистов для промышленности и сельского хозяйства, в том числе медицинских работников. Первые дипломированные врачи в Сибири появились, как это ни странно звучит, случайно – это были опальные врачи-иностранцы (К. Фидлер из Кенигсберга, Генрих Шредер из Любека, Иоганн Гелке из Риги, Эрнс Беков из Праги). Судьба этих врачей неизвестна. Многие путешественники - участники экспедиций, занимались оказанием медицинской помощи местному населению. Среди военных врачей, служивших в Сибири, было немало талантливых врачей, которые многое сделали для изучения заболеваемости, организации медицинского обслуживания населения, создания научных обществ.

В Сибири в 40-х гг. XVIII в. к разряду крупных городов относились лишь Тобольск и Иркутск.

В числе других территорий Сибири широкую известность в последние годы приобрел Ханты-

Мансийский округ. На огромной территории Ханты-Мансийского округа, раскинувшегося к востоку от Уральских гор, имеются разнообразные природные богатства. Неисчислимы запасы леса, торфа, водной энергии. Край богат высококачественной рыбой. Разнообразен и животный мир. Но не только этим богат обширный северный край. Этот район стал одним из самых перспективных нефтегазоносных районов страны.

Коренным населением Обского Севера являются ханты (остяки), манси (вогулы), ненцы и селькупы. Ханты и манси живут преимущественно в Ханты-Мансийском национальном округе. Удельный вес хантов в общей численности населения составляет 9,2%, манси - 4,6% и ненцев 0,7%. Таким образом, из малых народностей в Ханты-Мансийском округе в основном проживают ханты и манси. По территории они распределены неравномерно. Ханты расселены почти по всей территории округа, но больше их живет в Сургутском и Березовском районах, а манси – в Березовском и Кондинском. Ненцы проживают в северных районах округа, прилегающих к Ямало-Ненецкому округу. Удельный вес коренных народностей в общей численности населения районов округа колеблется от 5,6 до 25%. Коренное население в основном живет в сельской местности и занимается промыслами: рыболовством, охотой и оленеводством. Город Ханты - Мансийск занимает площадь - 250,93 кв. км, численность населения 57,3 тыс. чел.

Освоение округа шло параллельно с освоением сибирских просторов. Проводимые реформы государства, как и вначале прошлого столетия, были направлены на освоение нефтегазовых кладовых. Более половины нефти извлекается из недр Югры. Югра - древнерусское название края несметных природных богатств в центральной части Западно-Сибирской низменности.

В 1637 г. на правом берегу Иртыша, неподалеку от места его впадения в Обь, был образован Самаровский ям, положивший начало селу Самарово, а затем и городу Ханты-Мансийску. Расположился он в живописном месте, у подножия крутых, поросших густым кедром гор. Первыми поселенцами Самарово были 50 ямщиков с семьями, привезенными из Пермского, Вологодского и Олонецкого краев. Вслед за ними в Самарово потянулись и другие переселенцы. Население Самарова быстро росло. По ревизии 1748 г., в селе уже было 487 ямщиков, не считая крестьян. Помимо извощичьего промысла жители Самарова занимались рыбной ловлей, охотой, животноводством. Использовали самаровцы и дары природы, заготавливали до 10 тысяч пудов кедровых орехов. На зиму местные жители солили грибы, собирали ягоды. Село получило развитие после возникновения пароходства. В 60-е годы XIX в. столетия Самарово превратилось в большую пристань, где сходились пути пароходов Тюменско - Томской системы и судов всех рыбопромышленников Оби и Иртыша, стало крупным торговым и рыбопромысловым центром. В 1917 г. на территории будущего округа было 2 больницы на 20 коек, две амбулатории без врачей, 5 фельдшерских пунктов с ротными фельдшерами и повивальными бабками (акушерками). Ежегодно создавались обследовательские врачебные санитарно-лыжные отряды из Тюмени, Омска, Москвы с точными маршрутами выявления больных, оказанием медицинской помощи и проведением профилактической работы. Жизнь округа стала коренным образом меняться после событий 1917 г. В декабре 1930 г. Президиум

ВЦИК принял постановление об образовании в СССР национальных округов. В числе восьми национальных округов был и Остяко-Вогульский, который входил в состав Тобольской губернии. Это послужило значительным толчком к резкому улучшению медицинского обслуживания населения Сибири. После организации Остяко-Вогульского национального округа возникла необходимость в окружном центре, где могли бы разместиться и начать работу окружные учреждения и организации. Тогда комиссия избрала местом строительства глухое урочище Большой Черемушник, расположенное в пяти километрах к северу от Самарова, за Самаровской горой. В декабре 1930 г. были прорублены просеки, обозначившие улицы и кварталы. В городе росли новые дома, возникали новые улицы, наращивали мощь предприятия. Рост благосостояния населения уже в первые годы Советской власти стали привлекать сюда трудящихся из других районов. Существующая в то время сеть медицинских учреждений и обеспеченность медицинскими кадрами не отвечали всем требованиям организации лечебно-профилактической помощи. С 1932 г. развернута постоянная медицинская помощь и санитарно-просветительская работа среди коренного населения, организованы передвижные медицинские пункты. В марте 1934 г. НКЗ РСФСР Обь-Иртышский обласполком принял постановление об открытии Остяко-Вогульского медтехникума (фельдшерско-акушерская школа). Первым директором стал П. Г. Скоморохов. К 1939 г. в округе исчезла оспа, на территории работали 32 больницы на 496 коек, 33 амбулатории, 69 фельдшерско-акушерских пунктов.

Для оказания экстренной квалифицированной медицинской помощи в округах, кроме передвижных отрядов, организованы станции санитарной авиации в Ханты-Мансийске, Салехарде, Газовском, Березове, Сургуте. В 1939 г. было сделано до 20 вылетов врачей для оказания срочной медицинской помощи. В 1951 г. количество полетов увеличилось до 261, а в 1964 г. до 1600. При этом принято и проконсультировано на месте около 16 тыс. больных.

Наряду с ростом числа медицинских учреждений, улучшалось и их оснащение материально-технической базой. Так, в 1940 г. в больницах Ханты-Мансийского округа было уже 5 лабораторий и 3 рентгеновских аппарата. В 1955 г. рентгеновские кабинеты к клинично-диагностические лаборатории были уже во всех районных больницах округов, а в 1965 г. рентгеновские кабинеты оборудуются более чем в трети участковых больниц, а клинично-диагностические лаборатории открыты почти половине участковых больниц. Если к 1955 г. физиотерапевтические кабинеты имелись только в 6 районных больницах из 11, а в участковых больницах было всего один физиокабинет, то к 1965 г. они открываются во всех районных и в 9 участковых больницах.

В 1940 г. была организована окружная санэпидемстанция, открылись 6 женских консультаций, 5 молочных кухонь, работали 50 врачей, 342 средних медицинских работника. Освоение нефтегазовых промыслов вело к росту населения. В 1950 г. Ханты-Мансийск стал городом. К нему было присоединено Самарово. Самаровский район переименовали в Ханты-Мансийский.

К 1960 г. число врачей достигло 144, а средних медработников — 1047. За первые десять лет существования округов были сделаны большие успехи в деле улучшения медицинского обслуживания.

В последующие годы шел непрерывный рост количества больничных учреждений и коечного фонда. Обеспеченность больничными койками на 1000 населения и в 1963 г. по Ханты-Мансийскому округу составляет 8,7.

К 1964 г. по сравнению с 1930 годом число больничных учреждений по Ханты-Мансийскому округу увеличивается более, чем в 5 раз, а коек в них в 10 раз. Начиная с 1950 г. на Севере открываются диспансеры. В настоящее время в каждом округе имеются противотуберкулезные, кожно-венерологические и противотрахмагозные диспансеры.

В 1970 г. в округе работали 517 врачей, включая 41 представителя коренных народов. 6000 человек работали в 60 лечебных учреждениях, 11 санэпидемстанциях, 8 станциях скорой помощи, детском противотуберкулезном санатории, 39 яслях и доме ребенка.

К 1980 г. в округе уже функционировало 80 больниц на 6500 мест, 16 поликлиник и амбулаторий, 9 станций скорой медицинской помощи, 142 фельдшерско-акушерских пункта. В них работали 500 врачей и более 5500 средних медицинских работников: заметим - количества врачей в 13 раз. К 1980 г. число коек в больницах выросло до 7,1 тыс. Ученые-медики и врачи получили возможность реализовать научные программы "Вахта" и "Здоровье населения Сибири", изучали адаптацию человека в округе и разрабатывали пути снижения потерь здоровья. Составлена и утверждена в окружной Думе программа развития здравоохранения.

Учитывая суровые климатические условия, малую плотность населения, трудность транспортировки больных, кроме организации стационарных учреждений (больниц, амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов), органы здравоохранения создавали специальные передвижные медицинские отряды, которые занимались медицинским обслуживанием населения отдаленных от основных населенных пунктов мест и особенно кочевников. Во время разъездов медицинские работники, наряду с широкой врачебной деятельностью, проводили санитарно-просветительскую работу, сопровождая ее практическим внедрением гигиенических навыков в повседневной жизни коренного населения.

Большую работу в улучшении медицинского обслуживания и повышения культурного уровня населения выполнили культурные базы и красные чумы. Они поднимали авторитет медицинских работников, боролись с шаманами и знахарями.

До революции на Обском Севере не было своих национальных медицинских кадров. В 1940 г. в Ханты-Мансийском округе работало уже 40. Это были фельдшеры, акушерки и медицинские сестры. Для улучшения и стабилизации системы подготовки кадров были открыты медицинские училища, в школах ряда городов созданы лицейские классы для будущих абитуриентов высших медицинских учебных заведений. В середине 90-х гг. начали действовать медицинский колледж в г. Ханты-Мансийске, лечебный факультет в Сургутском государственном университете.

В последние годы город быстрыми темпами приобретает черты столицы - центра активной деловой жизни округа. Строятся благоустроенное жилье, гостиницы, спортивные объекты, реконструируется аэропорт, прокладываются автомагистрали. Появился окружной реабилитационный медицинский центр. По принятой в 1977 г. Конституции СССР округ стал именоваться не национальным, а автономным.

Одним из приоритетных направлений в деятельности правительства округа продолжает оставаться образование. Практически с нуля создана система высшего образования. При полном или частичном финансировании из окружного бюджета за короткое время созданы и успешно работают три высших учебных заведения и 35 филиалов известных вузов России. Открыт университет в окружном центре, городе Ханты-Мансийске. Теперь уже треть учащихся может получить высшее образование в пределах округа, еще стольким же окружной бюджет оплачивает обучение в вузах других регионов.

Ханты-Мансийский государственный медицинский институт создан 12 декабря 1999 г. на базе окружного медицинского колледжа, первые 40 студентов, которые сели за учебные пары 1 сентября 1994 г. За несколько лет Ханты-Мансийск шагнул далеко вперед. Постепенно столица округа превращается в культурный, научный, студенческий центр. Наряду со средними учебными образовательными учреждениями, открываются вузы, в том числе и Ханты-Мансийский медицинский институт.

Основателем и бессменным руководителем вуза является ректор, коренной сибиряк, уроженец г. Ханты-Мансийска Сергей Владимирович Соловьев. С. В. Соловьев - доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, автор свыше 70 научных трудов, в том числе двух монографий. Под его руководством подготовлены 6 кандидатов медицинских наук. Основное направление научных интересов - изучение механизмов адаптации системы эритронов человека и животных к экстремальным условиям среды. Ежегодно студентами становятся более 50 абитуриентов. Сравнительно небольшое число студентов, обучающихся в вузе, позволяет повысить качество учебно-воспитательной работы за счет индивидуального подхода в обучении. Профессорско-преподавательский коллектив представлен высококвалифицированными педагогами и врачами, в том числе 19 кандидатами и 15 докторами медицинских наук. Основу вуза составляют кафедры медико-биологического и клинического профилей, ведущими из которых являются кафедры анатомии, физиологии, биохимии, гистологии, факультетской и госпитальной хирургии, пропедевтической и госпитальной терапии, акушерства и гинекологии, педиатрии. Клинической базой института служат окружная клиническая больница и профильные диспансеры, что позволяет полноценно проводить теоретические и практические занятия, участвовать в консилиумах, клинических конференциях, ассистировать на операциях. Особую значимость приобретает возможность приобщения студентов к уникальному диагностическому и лечебному оборудованию. Наличие высоких технологий позволяет развивать научно-исследовательские направления, связанные с особенностями региона.

В 2002 г. на базе вуза открылся филиал Российской академии медицинских наук с проблемными научно-исследовательскими лабораториями "Биохимии и патологии крови в условиях Приобья" и "Патологии гепатобилиарной системы и поджелудочной железы у коренного и пришлого населения Приобья". В числе основных научных направлений определена адаптация человека к условиям Севера. Отдельные направления деятельности нацелены на изучение эндемичных заболеваний, а также разработку диагностических критериев и принципов оздоровления населения округа. На базе

института создана окружная научно-медицинская библиотека. Фонд библиотеки, составляющий более 13 тысяч экземпляров, регулярно пополняется изданиями современной медицинской литературы. В стенах института и общежитии созданы условия для полноценной студенческой жизни. Студентами под руководством ведущих ученых вуза активно проводятся научные исследования. В качестве приоритетной цели социальной политики определено обеспечение максимально благоприятных условий жизнедеятельности всего населения, проживающего на Югорской земле. Все более полно отвечает современным требованиям качество медицинского обслуживания населения: вводятся в строй новые больницы и поликлиники, оснащенные самым современным оборудованием. Затраты на здравоохранение от совокупного бюджета округа в настоящее время составляют 13,5 %. По затратам на душу населения в области здравоохранения округ занимает одно из ведущих мест в России - более 2 тыс. рублей на человека в год, что в 5 раз превышает среднероссийский показатель. Это позволяет повышать качество медицинской помощи, увеличивать объемов услуг и развивать специализированные виды медицинского обслуживания. Сегодня в округе на базе 290 лечебно-профилактических учреждений развернуто около 13 560 коек. В системе здравоохранения округа трудятся около 5 тыс. врачей и 16 тыс. средних медицинских работников. Среди них 26 заслуженных врачей РФ, 36 заслуженных работников округа, 17 докторов медицинских наук и 41 кандидат.

Население полностью обеспечивается необходимыми лекарственными препаратами, а также изделиями медицинского назначения. Здравоохранение округа уникально по масштабам, темпам развития, финансированию. Во многом благодаря возросшему качеству медицинского обслуживания округ, один из немногих в России, имеет самый низкий в стране уровень младенческой смертности и высокий естественный прирост населения.

Библиографический список

1. Наш край. - 1924. - № 1.
2. Здравоохранение уральского округа. 2004 - № 27.
3. Петр Великий: Сб. статей / Под ред. д-ра ист. н. А.И. Андреева. - М.-Л.: Изд-во АН СССР, 1947. - 543 с.
4. Труды комиссии для изучения вопроса об избрании города для Сибирского университета. - СПб.: Типография В.С. Балашева, 1878. - 158 с.
5. Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин. - Томск: 1975. - 299 с.
6. Федорова Г.В. Лекционный материал по курсу истории медицины.
7. Федорова Г.В. История Омского медицинского общества (2-я пол. XIX-1-я пол. XX вв.) / Г.В. Федорова, Л.А. Ахтулова. - Омск: , 2004. - 210 с.

ФЕДОРОВА Галина Васильевна, д.м.н., проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения с курсом истории медицины и биоэтики.

ВЯЛЬЦИН Сергей Валентинович, канд. мед. наук., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом истории медицины и биоэтики.

НОВОКЩЕНОВА Инна Евгеньевна, врач.

Дата поступления статьи в редакцию: 27.04.06 г.

© Федорова Г.В., Вяльцин С.В., Новокщенина И.Е.