

УДК 616-053.2-084:613.95(571.63):94(470+571)

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.4.94-97

## Развитие медико-санитарной помощи детскому населению Приморья с 1926 по 1946 годы (исторический экскурс)

В.Ю. Андреев, Д.Н. Нагирная, М.В. Бектасова, А.А. Шепарев, В.В. Скварник

*Тихоокеанский государственный медицинский университет (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)*

Вся деятельность органов здравоохранения молодого советского государства была направлена на улучшение условий труда и быта, охрану и укрепление здоровья женщин и детей. В статье раскрываются особенности организации и оказания медицинской помощи детям, подросткам и женщинам Приморского края в 1926–1945 гг. Материалы Государственного архива Приморского края, Государственного Центрального архива РСФСР Дальнего Востока, отчеты Приморского крайздравотдела, краевой санэпидстанции, Приморского статистического управления, статистических сборников РСФСР и Приморского края и другие источники литературы позволяют проследить становление детского здравоохранения в Приморье в предвоенный период и в годы Великой Отечественной войны.

**Ключевые слова:** дети и подростки, женщины, заболеваемость, Великая Отечественная война

Важным шагом в развитии советского государства стало принятие первого 5-летнего плана развития хозяйства страны на 1929–1933 гг. Деятельность органов здравоохранения была направлена на улучшение условий труда и быта, охрану и укрепление здоровья женщин и детей. В те годы в Приморье действовало 14 женских и детских консультаций, однако сеть детских учреждений не удовлетворяла потребности населения, ощущался острый дефицит медперсонала, слабо проводилась санитарно-противоэпидемическая работа. С 1928 по 1936 гг. в крае постоянно регистрировались сыпной и брюшной тифы. Заболеваемость детскими инфекциями продолжала оставаться высокой [2].

В 1932 г. по инициативе Владивостокского горздравотдела были открыты две детские столовые (300 мест), лесная школа на 40 мест и детский санаторий на 90 мест. В детской профилактической амбулатории начали функционировать два новых кабинета – зубной и логопедический.

Диспансер профзаболеваний Владивостока в 1932 г. изучил заболеваемость рабочих-подростков кузнечных и литейных цехов Дальзавода и типографии (316 человек), провел врачебную профконсультацию и профотбор (1574 человек). Всего за 10 месяцев работы диспансер посетили 2,5 тысячи подростков. Были созданы «элементы работы в рыбной промышленности» для специальностей, на которые могли быть привлечены учащиеся фабрично-заводского обучения. Для подростков, направляемых на путину, определены медпоказания, составлены санитарно-гигиенические характеристики для профессий ловцов, отцепщиц, укладчиц.

Индустриализация страны сопровождалась новостройками и миграцией населения, поэтому Институт охраны материнства и младенчества РСФСР разработал положения по охране здоровья матерей и детей на новостройках. Эти положения имели важное значение для здравоохранения. Предусматривалось создание в центральных поселках пунктов из двух–трех барак

или палаток, снабженных необходимым оборудованием и инвентарем. Такой пункт был «организующим и планирующим» всю работу и имел одного–двух врачей-инструкторов. В отдельном бараке должны были располагаться молочная кухня и детская пищевая станция. При консультации создавался социально-правовой кабинет с юристом и патронажными сестрами для обследования детей на дому. Специальный барак приспособлялся для родовспоможения. Для больных детей выделялись палата-стационар, изолятор при яслях и инфекционный барак, а на крупных стройках – самостоятельные стационары или детские отделения при местных больницах. Организация помощи матери и ребенку в пути к месту будущей работы регламентировалась положением о комнатах матери и ребенка на транспорте [13, 14].

В 1934 г. был утвержден второй 5-летний план, предусматривавший завершение реконструкции народного хозяйства. Большое внимание в нем уделялось развитию производительных сил Дальнего Востока, для чего из центральных районов страны сюда приезжали тысячи комсомольцев. Усилия здравоохранения Приморья в этот период были направлены на повышение качества работы медучреждений, укрепление их материально-технической базы, развитие производства лекарств и санаторно-курортной помощи населению. Особое внимание уделялось мероприятиям по ликвидации очагов сыпного и брюшного тифа и усилению санитарного надзора, особенно на предприятиях пищевой промышленности. Снижение инфекционной заболеваемости происходило за счет развития санитарно-эпидемиологической службы, расширения коечного фонда, жилищно-бытового и коммунального благоустройства, иммунизации и повышения санитарной культуры населения.

Возросла эффективность борьбы с туберкулезом среди детей за счет усиления связи детских учреждений с тубдиспансером, развертывания детских туберкулезных санаториев, увеличения числа лесных школ, широкого использования прогулок на свежем воздухе в режиме детских учреждений, создания оздоровительных площадок для детей, больных туберкулезом [1, 3].

В сельскохозяйственных районах одной из основных задач органов здравоохранения стало приближение медицинской помощи к населению. Создавались первые колхозные родильные дома и консультации для женщин и детей. В ряде колхозов и совхозов сезонные ясли превращаются в круглогодичные. Хотя ясли и становились массовыми учреждениями на селе, темпы их развития отставали от потребности населения. Появились новые типы детских учреждений – ясли с продленным днем, круглосуточные и двухсменные. Создавались подвижные санитарно-противоэпидемические отряды. Для выявления и своевременного лечения глистных инвазий проводились массовые обследования детей. К 1936 г. заболеваемость брюшным и сыпным тифами стала sporadической, однако уровень детских инфекций на селе по-прежнему продолжал оставаться высоким.

В 1939–1940 гг. в Приморье вступил в строй ряд детских учреждений и родильных домов. Во Владивостоке открылись детская клиника и детский туберкулезный санаторий на 30 коек, в Ворошилове – роддом с гинекологическим отделением на 100 коек, введены в строй детские ясли на 100 мест и молочная кухня [10]. В этот период значительно улучшились условия жизни малых народностей Приморья. В годы коллективизации коренные жители постепенно переходили к оседлому образу жизни, создавали поселки в Пожарском, Ольгинском и Тернейском районах. К началу 1940 г. среди коренного населения была почти полностью ликвидирована неграмотность, улучшилось медицинское обслуживание женщин и детей.

За годы предвоенных пятилеток в Приморье была создана материальная база здравоохранения, способная обеспечить необходимую амбулаторную и стационарную помощь детям и подросткам, увеличилась сеть учреждений по охране материнства и младенчества, окрепла санитарно-эпидемиологическая служба. В крае работали 75 врачей-педиатров. Определенные успехи были достигнуты в борьбе с инфекционными заболеваниями. Их уровень по сравнению с дореволюционным периодом был снижен по брюшному тифу (в 6 раз), сыпному тифу (в 18 раз) и дифтерии (более чем в 6 раз). Ликвидированы такие заболевания как чума, холера и др. Детская смертность в 1940 г., по сравнению с дореволюционным периодом, уменьшилась на 40 %.

В 1941–1945 гг. Приморский край находился в сравнительно благоприятных условиях из-за отдаленности от районов боевых действий, относительного экономического благополучия, ограничения въезда, отсутствия эвакуированного населения. Однако близость Японии, готовой в любой момент начать боевые действия, не позволяли считать Приморье глубоким тылом.

В первые дни войны многие работники лечебных учреждений края ушли на фронт. Однако, в последующем для формирования эвакуогоспиталей в Приморье были направлены 250 врачей и 1000 средних медицинских работников. Ввиду того что предназначенные для них госпитали так и не были развернуты, все медработники с 1942 г. привлекались к оказанию медицинской помощи гражданскому населению [6].

В годы войны медико-санитарное обслуживание детского населения регламентировалось постановлениями и приказами ВКП(б) и правительства: «О комплектовании детских учреждений медицинским персоналом, проведении противоэпидемических мероприятий и недопущении вспышек инфекционных заболеваний», «Об устройстве детей, оставшихся без родителей», «О мероприятиях по улучшению работы органов здравоохранения и детских учреждений и усилению питания нуждающихся детей» [11, 12]. Для беременных и детей были введены специальные продуктовые карточки, матерям-одиночкам предоставлялась возможность отдавать детей в детские дома на полное государственное обеспечение. В 1944 г. вышло постановление СНК РСФСР «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского и бытового обслуживания женщин и детей», а также Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам и многодетным одиноким матерям, усилению охраны материнства и детства». Эти меры способствовали внедрению новых, качественно более совершенных норм медицинского обслуживания детей и участкового принципа обслуживания. Количество патронажных сестер на участке возросло до 1,7 на каждого врача (против 0,8 в 1940 г.), что дало возможность врачу сосредоточить внимание на более ранимых контингентах детей: новорожденных, детей, больных рахитом, с нарушениями питания. Чтобы не отрывать мать от работы в период болезни ребенка, увеличилось число стационаров при консультациях. Изменился профиль стационаров. До войны они принимали только детей с диспепсией, а теперь стали госпитализировать и детей, больных рахитом, с нарушениями питания, недоношенных [1, 3, 11–14].

Благодаря тому, что медперсонал детских учреждений был передан в ведение детских поликлиник, улучшилось наблюдение за детьми дошкольного и школьного возраста. Детские поликлиники стали центрами организации всех профилактических и оздоровительных мероприятий. Они учитывали ослабленных детей, назначали усиленное питание, направляли нуждающихся в детские санатории, санаторные лагеря и на оздоровительные площадки. В 1943 г. прирост коечного фонда здесь по сравнению с 1940 г. составил 208 коек. Росло число детских инфекционных коек для больных дифтерией и скарлатиной. Для детей с неосложненной корью и коклюшем создавались специальные отделения. Соматические детские больницы в ряде случаев брали на себя функции санаториев, принимая пациентов с гипотрофией, рахитом и туберкулезной интоксикацией. Увеличилось число мест в яслях городского и сельского типов – на 2780 и 9081, соответственно. Изменился характер работы детских яслей. Они стали обслуживать не только здоровых малышей, но и в специальных группах – заболевших корью, коклюшем, ветряной оспой, паротитом. Для детей, имевших контакт с инфекционными больными, открывались карантинные группы.

Во время войны женщины привлекались к работе не только в дневные, но и в вечерние и ночные смены,

поэтому в большинстве яслей пребывание детей увеличилось до 12–14 часов и более. Расширилась сеть яслей с круглосуточными группами (в них часто находилось до 40 % всех малышей). В такие ясли принимали ослабленных и детей, проживавших в домах с недостаточным отоплением, с неблагоприятными социально-бытовыми условиями в семье. В военные годы непосредственно на производственных предприятиях создавались акушерско-гинекологические и подростковые кабинеты.

Лишения и нервно-психические травмы военных лет приводили к гиполактации у многих кормящих матерей, поэтому в большинстве консультаций открывались пункты сбора грудного молока. Число молочных кухонь за годы войны увеличилось в два раза. Малышам наряду с молоком стали выдавать различные молочные смеси. Появились специальные столовые с усиленным или диетическим питанием, куда педиатрами направлялись ослабленные дети в возрасте от 4 до 13 лет. За полным отовариванием детских продовольственных карточек был установлен жесткий контроль. При детских учреждениях в ряде случаев организовывались подсобные хозяйства, заготавливавшие на зиму овощи, ягоды, фрукты и другие витаминосители. В 1942 г. в школах края были введены школьные завтраки (булочка или хлеб – 50 г, конфеты или сахар – 25–30 г). Летним отдыхом в загородных оздоровительных учреждениях было охвачено более 20 тысяч школьников Приморья.

В 1943 г. были укомплектованы штаты государственной санитарной инспекции по школьной санитарии. Ее основные усилия, а также усилия органов здравоохранения были направлены на укрепление лечебно-профилактической работы в школах, расширение и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в детских учреждениях. В первую очередь внимание обращалось на профилактику инфекционной заболеваемости и борьбу с педикулезом, распространенность которого в ряде школ доходила до 20 % [4].

У многих детей дошкольного и школьного возраста в военные годы наблюдалась тяжелая форма туберкулезной интоксикации, выявлялись и активные формы туберкулеза. Для тубинфицированных детей младшего и дошкольного возраста в яслях и садах создавались отдельные группы, для школьников – лесные школы.

В военный период в промышленности широко применялся труд подростков. Только на Дальзаводе доля молодежи до 17 лет среди рабочих доходила до 40 % (из них девушки – 28 %). За эти годы системой фабрично-заводского обучения подготовлено более 25 тысяч специалистов. В 1941 г. в крае насчитывалось 15 ремесленных училищ и школ фабрично-заводского обучения, а в 1945 г. их число увеличено до 23 учреждений, в которых обучались пять тысяч подростков. Санитарное состояние учебно-производственных помещений в большинстве ремесленных училищ и школ фабрично-заводского обучения было удовлетворительным. Для фабрично-заводского обучения, как правило, выделялись отдельно оборудованные цеха и помещения. Приспособление их для учебных и бытовых целей находилось под контр-

олем государственной санитарной инспекции. Например, токарные станки обеспечивались подставками для ног в соответствии с ростом подростков, инструменты в целом соответствовали анатомо-физиологическим особенностям и силовым возможностям учащихся. Но был выявлен и ряд недостатков: не соблюдались сроки повторных медицинских осмотров, регулярность контроля физического развития учащихся, в общежитиях регистрировались скученность и недостаточная обеспеченность инвентарем. Бани и прачечные имела лишь половина ремесленных училищ и школ фабрично-заводского обучения. Рабочий день подростков зачастую удлинился и компенсировался дополнительным питанием. На заводах, работавших круглосуточно, подростки трудились даже и в ночное время. Но на наиболее вредных производствах (химическое, горнорудное дело) труд несовершеннолетних не использовался.

Усилия крайздравотдела и государственной санитарной инспекции привели к улучшению материально-технической базы ремесленных училищ и школ фабрично-заводского обучения, бытовых условий и питания учащихся, был выполнен комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий. В школах фабрично-заводского обучения организовывались медицинские пункты, проводились ежегодные специальные семинары по вопросам санитарно-противоэпидемических мероприятий и гигиеническому воспитанию учащихся.

В течение 1941–1945 гг. общая и инфекционная заболеваемость учащихся ремесленных училищ и системы фабрично-заводского обучения была меньше, чем у школьников. Обращаемость за медицинской помощью не превышала 4 раз в год на 1 учащегося, тогда как среди школьников этот показатель составлял 9. Инфекционные заболевания у учащихся этих учреждений не регистрировались. Данные медицинских наблюдений не демонстрировали заметного влияния производственных условий военного времени на состояние здоровья и физическое развитие работающих подростков [7].

Если к началу 1941 г. в Приморье функционировало 8 детских домов на 715 воспитанников, то в 1945 г. их количество увеличилось до 18 (8 городских и 10 сельских), а число воспитанников возросло до 1000. Большинство детских домов размещалось в приспособленных, достаточных по площади помещениях, но неудовлетворительно обеспеченных хозяйственным инвентарем, бельем, а дети – одеждой и обувью. Имевшиеся на первых порах недостатки в организации питания были ликвидированы: налажено централизованное снабжение продуктами, установлен контроль выдачи фондируемых продуктов. Воспитанники ежегодно обследовались медработниками. Общая заболеваемость в детских домах в годы войны существенно не отличалась от показателей довоенного времени. Дизентерия, дифтерия и скарлатина встречались лишь в виде sporadических случаев, заболеваемость брюшным и сыпным тифом не отмечалась [8].

Продолжалась борьба с эпидемическими заболеваниями: населению делали профилактические прививки, создавались постоянные и временные инфекционные

больничные койки. В 1941–1945 гг. регистрировались лишь отдельные случаи сыпного тифа. В годы войны количество детских инфекционных коек возросло с 320 до 631, то есть почти в два раза. В крае увеличилось число стационарных и передвижных лабораторий, организован институт эпидемиологии и микробиологии (1941), пополнились кадры санитарных врачей и эпидемиологов [1]. Значительно расширилась и окрепла материальная база детского здравоохранения края. Медицинская помощь детям оказывалась не только в детских лечебных учреждениях, но и в поликлиниках, амбулаториях общей сети, в сельских врачебных участках и фельдшерско-акушерских пунктах. Количество коек в детских больницах в 1945 г. по сравнению с 1941 г. увеличилось более чем в 2,5 раза, а число мест в детских яслях и садах – в 2 раза. В 1945 г. в городах и селах Приморья функционировало 47 женских и детских консультаций, 263 детских яслей и садов на 10565 мест [5].

Широкое применение сульфаниламидов, антибиотиков, фагов, сывороток способствовало предупреждению заболеваний, снижению сроков лечения и смертности. Так, в 1941–1945 гг. показатель заболеваемости дифтерией на 10000 населения снизился с 86,6 до 27,7, токсической диспепсией – с 29,7 до 8,9 [9]. Детская смертность в крае за эти годы уменьшилась почти в три раза (с 16,6 до 6,4 на 1000 родившихся). Значительно сократилась смертность детей от инфекционных заболеваний. В 1940 г. она составляла 40,6 % всей детской смертности, а в 1945 г. – 35,2 %. Однако ряд инфекционных заболеваний (корь, скарлатина, дифтерия) все еще имели высокий удельный вес среди причин гибели детей.

При общем удовлетворительном состоянии детской лечебной сети в военные годы ее дислокация в Приморье имела ряд недостатков: крупных промышленных центрах – Сучан (ныне г. Партизанск), Спасск (ныне г. Спасск-Дальний) – не было детских больниц и молочных кухонь. Детские консультации оставались слабо укомплектованными участковыми педиатрами и, особенно, патронажными медсестрами. Сельские врачебные участки не могли проводить качественный патронаж, так как из 78 участков обеспечены кадрами были только 37.

В целом организацию медико-санитарного обслуживания детского населения в Приморье в годы Великой Отечественной войны, несмотря на имевшиеся трудности, можно считать удовлетворительной.

#### Литература / References

1. Андреев В.Ю., Магарил М.Ю. Состояние здоровья и организация медико-санитарного обслуживания детей и подростков в Приморском крае в период Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) // Охрана материнства и детства в Приморском крае. Владивосток, 1977. С. 11–13. Andreyanov V.Yu., Magaril M.Yu. Editorial the health status and organization of health care children and adolescents in Primorsky Krai during the Great Patriotic War (1941–1945) // Child health in Primorsky region. Vladivostok, 1977. P. 11–13.
2. Андреев В.Ю., Нагирная Л.Н., Титова Ю.В. [и др.]. Развитие медико-санитарной помощи детскому населению Приморья с 1860 по 1926 годы (исторический экскурс) // Тихоокеанский медицинский журнал. 2017. № 3. С. 95–98. Andreyanov V.Yu., Nagirnaya L.N., Titova Yu.V. [et al.]. Development of the medical care for the children in Primorsky territory from 1860 to 1926 // Pacific Medical Journal. 2017. No. 3. P. 95–98.
3. Володин Н.П. Санитарно-эпидемиологическая служба Приморского края за 50 лет // Науч.-практ. конф. посвящ. 50-летию здравоохран. Приморья: тез. докл. Владивосток, 1972. С. 32–34. Volodin N.P. The sanitary-epidemiological service of the Primorsky territory in 50 years // Scientific. Conf. to the 50<sup>th</sup> anniversary healthcare of Primorye: abstracts. Vladivostok, 1972. P. 32–34.
4. Государственный архив Приморского края (ГАПК). Ф. 261. Оп. 4. Д. 1. State archives of Primorsky region (SAPR). F. 261. Inv. 4. File 1.
5. ГАПК. Ф. 268. Оп. 4. Д. 1. Л. 14. SAPR. F. 268. Inv. 4. File 1. P. 14.
6. ГАПК. Ф. 268. Оп. 4. Д. 1. Л. 3. SAPR. F. 268. Inv. 4. File 1. P. 14.
7. ГАПК. Ф. 268. Оп. 4. Д. 1. SAPR. F. 268. Inv. 4. File 1.
8. ГАПК. Ф. 268. Оп. 4. Д. 4. Л. 43. SAPR. F. 268. Inv. 4. File 4. P. 43.
9. ГАПК. Ф. 268. Оп. 6. Д. 37. Л. 32. SAPR. F. 268. Inv. 6. File 37. P. 32.
10. ГАПК. Ф. 268. Оп. 6. Д. 61. Л. 14. SAPR. F. 268. Inv. 6. File 61. P. 14.
11. Государственные архивы РФ, хранящие фотодокументы о Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Военная медицина. URL: [victoryarchives/index.php?p=32&sec\\_id=33](http://victoryarchives/index.php?p=32&sec_id=33) (дата обращения: 18.09.2017). State archives of the Russian Federation, holds photographs of the great Patriotic war 1941–1945. Military medicine. URL: [victoryarchives/index.php?p=32&sec\\_id=33](http://victoryarchives/index.php?p=32&sec_id=33) (date of access: 18.09.2017).
12. Конюс Э.К. Пути совершенствования Советской охраны материнства и младенчества (1917–1940). М.: Изд-во ЦИУВ, 1954. С. 260–276. Conyus E.K. Way of improving Soviet protection of motherhood and infancy (1917–1940). Moscow: Publishing House of the Central Institute of Advanced Doctors, 1954. P. 260–276.
13. Лухта П.А. Краткий очерк о здравоохранении Приморского края // Советское здравоохранение. 1957. № 1. С. 41–47. Luhta P.A. Short essay about health care of Primorsky Krai // The Soviet Health Care. 1957. No. 1. P. 41–47.
14. Чикин С.М. Сергеев А.В., Акулов К.И. Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке. М.: Медицина, 1979. 174 с. Chikin S.M. Sergeev A.V., Akulov K.I. Health in Siberia and the Far East. Moscow: Medicine, 1979, 174 p.

Поступила в редакцию 25.10.2017.

#### DEVELOPMENT OF THE MEDICAL CARE FOR THE CHILDREN IN PRIMORSKIY TERRITORY FROM 1926 TO 1946 (HISTORICAL DIGRESSION)

V.Yu. Andreyanov, L.N. Nagirnaya, M.V. Bektasova, A.A. Sheparev, V.V. Skvarnik  
Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690002 Russian Federation)

**Summary.** All the activities of the health authorities of the young Soviet state was aimed at improving conditions of work and life, protection and strengthening of health of women and children. The article describes the features of organizing and providing medical care to children, adolescents, women of Primorsky Krai in the period from 1926 to 1945. The materials of the State archive of Primorsky Krai, Central State archive of RSFSR of the Far East, report of the seaside area health services Department of the regional sanitary-epidemiological stations, Maritime statistics, statistical collections of the Russian Federation and the Primorsky Krai and other sources of literature allow us to trace the development of child health in the region in the prewar period and during the Great Patriotic War.

**Keywords:** children and teens, women, morbidity, Great Patriotic War

УДК 617.7(092):61(091)

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2018.2.98-100

## Альбрехт Грефе – жизнь и творчество

К 190-летию со дня рождения

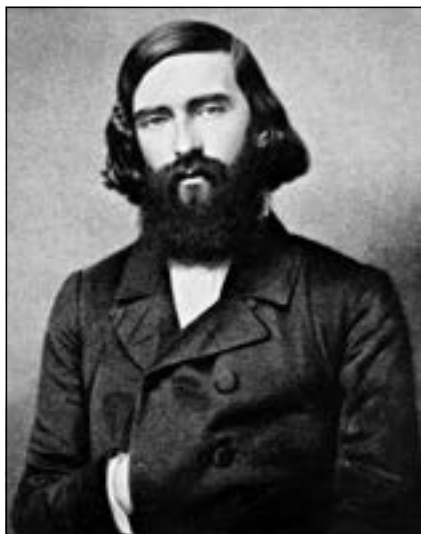
Т.Ш. Моргошия

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет  
(194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская 2)*

Среди славной плеяды немецких хирургов в первом ряду значится имя Альбрехта Грефе (1828–1870). Талантливый врач, верный последователь профессора Карла Альта, А. Грефе на протяжении почти 20 лет своей научно-практической деятельности успешно развивал немецкую и европейскую медицину, обогащая ее как экспериментальным, так и клиническим опытом.

Альбрехт Фридрих Вильгельм Эрнст фон Грефе родился 28 мая 1828 г. в Пруссии в семье хирурга и офтальмолога генерал-штабдоктора прусской армии Карла-Фердинанда фон Грефе (1787–1840), специализировавшегося в области пластической и реконструктивной хирургии, основателя немецкой школы ринопластики. С 1837 г. Альбрехт обучался во французской городской гимназии. После ее окончания в возрасте 16 лет он поступил в Берлинский университет, где изучал философию, логику, естественные науки и анатомию, слушал лекции знаменитых ученых своего времени: Морица Ромберга, Иоганна Шенлейна и физиолога Иоганна Мюллера, возглавлявшего в то время медицинский факультет. Среди учеников Мюллера значились такие легендарные врачи как Рудольф Вирхов, Теодор Шванн, Эмиль Дюбуа-Реймон, Герман Гельмгольц и другие.

В 1847 г. Альбрехт Грефе, защитив работу «О броне и его действии», окончил медицинский факультет Берлинского университета и был удостоен звания доктора медицины. После получения диплома он отправился в Европу для повышения квалификации. В 1847–1849 гг. А. Грефе совершенствовался в офтальмологии в клиниках Праги, Парижа, Лондона и Утрехта. После возвращения в Германию он в 1850 г. основал в берлинской больнице Шарите офтальмологическую клинику, а в 1857 г. стал профессором офтальмологии Берлинского университета [3]. В Праге А. Грефе посетил клинику глазных болезней Карла Альта, что повлияло на его решение посвятить себя офтальмологии. Побывал доктор Грефе и в Париже, где познакомился с клиникой Луи-Огюста Десмарреса. Затем он практиковался



Альбрехт фон Грефе

в венской клинике Фридриха и Эдуарда Джагаров. В Лондоне и Глазго Грефе изучал опыт лечения глазных болезней в Мурфилдской глазной больнице и познакомился с Уильямом Боуменом, Джорджем Критчетом и Франциском Дондерсом [2].

В 1850 г. Альбрехт фон Грефе возвратился в Германию и начал врачебную практику. Он снял несколько помещений, в которых вел прием, содержал на собственные средства стационарную лечебницу на 120 коек (из них 60 бесплатных для малоимущих пациентов) и операционную. На прием к нему шли люди всех сословий, нередко приезжали из других стран. В среднем в год он принимал до восьми тысяч

пациентов, что способствовало накоплению клинического опыта. В 1852 г. Грефе защитил докторскую диссертацию «О движении глаз» и ему присвоили звание приват-доцента Берлинского университета [2].

Рабочий день Альбрехта Грефе заполняли обходы в клинике, консультации в городе, амбулаторные приемы, занятия наукой и чтение лекций для студентов. Официального места в глазной клинике он не получил, субсидий для собственной больницы не имел. В Берлине в то время единственной благоустроенной глазной клиникой была больница Шарите, но перейти работать в нее ученому удалось только за два года до смерти.

В 1850 г. Гельмгольц ввел в клиническую практику офтальмоскоп. Этот инструмент позволил А. Грефе сделать ряд открытий, касающихся патологии глазного дна. Он описал эмболию артерии сетчатки, дифференцировал центральный сифилитический ретинит от диффузного, описал неврит зрительного нерва и многое другое. Семь лет своей научной деятельности (1850–1857) А. Грефе посвятил исследованию глазных мышц, косоглазия и амблиопии [6]. Позже он подробно описал симптомы параличей глазных мышц и клинические проявления дифтерии и бленнорейного конъюнктивита.

Грефе считал высокое глазное давление основной причиной глаукомы. Во время лечения пациента с полным заращением зрачка Грефе иссек часть радужной оболочки и заметил, что глаз после операции стал мягче. Это натолкнуло врача на мысль о возможности применения иридэктомии при глаукоме. Важно отметить,