

в 80–100 фунтов. Этою травую пользуют в следующих целях: 1) ее едят маленькие дети, которых таким средством, как у нас сахаром и фруктами, заставляют прекратить плач;

2) при всякой еде: горсть этой травы вымачивается в воде и присоединяется в миске к прочим блюдам; эту сладкую воду едят ложками в числе других блюд; 3) ею пользуют вместо конфет наравне с другими составными камчадалскими блюдами, и тогда она называется по-казацки толкушею, а по-ительменски – «селага»; 4) в былые времена туземцы приносили ее в жертву своим идолам и засовывали ее вместе с другими вещами в пасть пойманных животных; при этом они обращались к обглоданным черепам последних с увещанием впредь их не опасаться, но сообщить о том своим сородичам, чтобы те также дали поймать себя и получить столь чудесное угощение; 5) кое-где, пытаясь гнать водку из различных ягодных растений и даже из гнилой рыбы, добрались до этой травы и заметили, что при гонке она дает очень сильную и быструю ферментацию и легко опьяняет, и начали готовить из нее водку в котлах с деревянными крышками и приделанными к ним длинными трубками. Этот напиток, к великой радости казаков, сразу оказался настолько удачным, что уже после первой дистилляции дал настоящую водку – раку, которую до сих пор пьют в таком виде. Немногие дистиллируют ее вторично, отчего она приобретает такую крепость, что ее едва можно пить. Первым изобретателем указанного приема был енисейский казак Черный. Эта водка обладает, между прочим, такими особенностями: она весьма нежна, содержит в себе много кислоты и, следовательно, чрезвычайно вредна для здоровья, очень сгущает кровь, сильно на нее действует и придает ей черный цвет; водкою этой можно пользоваться для травления железа и гравирования на нем. Пьющие эту водку очень быстро хмелеют и, придя в состояние опьянения, становятся безумными и буйными; лица их при этом синеют, тот же, кто выпьет ее хотя бы немного чашек, мучается затем всю ночь самыми страшными и несурзными фантазиями и сновидениями. . . Высушив это растение, его можно превратить в сахарную пудру» (4, с. 166).

Борщевик Сибирский (*H. sibiricum*) – это традиционное растительное сырье северной кухни. Один из важнейших видов растительного сырья в материальной культуре ительменов. Молодые побеги и стебли, а также черешки листьев употреблялись в питании в свежем виде для приготовления национальных блюд – различных видов рыбных «толкуш» с жиром медведя или нерпы.

Каждое из растений, произрастающих на Камчатке, имело наиважнейшее значение для формирования быта коренных народов, использующих все, что давала камчатская природа для своей жизни, существования и формирования своей культуры. И только изучая подробнейшим образом растительный и животный мир Камчатки, мы будем иметь возможность узнать историю проживающих здесь народов.

1. Андреева Т. А. Экологические основы природопользования. М.: Риор, 2007. 307 с.
2. Губанов И. А. и др. Иллюстрированный определитель растений Средней России. Т. 2. Покрытосеменные (двудольные: раздельнолепестные). М.: Товарищество научных изданий КМК, 2003. С. 631–632.
3. Ефремова Н. А. Заветные травы. Петропавловск-Камчатский: Кашмат, 1992. 239 с.
4. Крашенинников С. П. Описание земли Камчатской. М.: Эксмо, 2010. 410 с.
5. Поддубная Л. Б. Секретные материалы о твоём здоровье. Волгоград, 2005.
6. Сметанин А. Н., Богоявленский В. Ф. Примечательные растения из природной флоры Камчатки. Петропавловск-Камчатский: Холдинговая компания «Новая книга», 2000. 315 с.
7. Черепанов С. К. Сосудистые растения России и сопредельных государств. СПб.: Мир и семья, 1995. 271 с.
8. Якубов В. В. Растения Камчатки. Полевой атлас. М.: «Путь, Истина и жизнь», 2007. 264 с.
9. Чадин И. Ф., Далькэ И. В. Методические рекомендации по борьбе с неконтролируемым распространением растений борщевика Сосновского. Сыктывкар, 2008. 28 с.
10. [Электронный ресурс]: <http://molbiol.ru/pictures/233054.html>
11. [Электронный ресурс]: http://oblepiha.com/tematicheskaya_statya/346-borshheviki.html; Наука и жизнь. 1979. № 4.
12. [Электронный ресурс]: <http://www.lagg.ru/topics/46243.html>
13. [Электронный ресурс]: <http://volhw.ru/fito.borshewik.shtml>

Т. А. Князькина
ДОКУМЕНТЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО АРХИВА
КАМЧАТСКОГО КРАЯ
О РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА КАМЧАТКЕ
В ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

Тема становления и развития социального института здравоохранения на Камчатке в советское время (с 1917 г. по 1991 г.) находилась в поле зрения исследователей (1). Но несмотря на разнообразие затронутых вопросов она изучена фрагментарно и нуждается в целостном осмыслении на более широкой источниковой базе. Данное обстоятельство определяет архивные материалы в качестве основных источников информации. Корпус документальных источников о развитии здравоохранения Камчатки, хранящихся в ГАКК, не был предметом изучения.

В этой статье попытаемся продемонстрировать источниковые возможности документов ГАКК для раскрытия состояния советского здравоохранения на Камчатке.

Заметим, что территориально понятие «Камчатка» охватывает северо-восточную территорию Дальнего Востока, административное деление которой менялось несколько раз в соответствии с директивными документами. 10 декабря 1930 г. образованы национальные округа: Корякский и Чукотский. Округа вышли из состава Камчатского округа, а 22 июня 1934 г. были включены в состав Камчатской области (с 20 октября 1934 г.) с областным центром в г. Петропавловске-Камчатском. 18 мая 1951 г. Чукотский национальный округ выделен из состава Камчатской области. В 1977 г. Корякский национальный округ (КНО) был переименован в Корякский автономный округ (КАО).

Архивные источники по избранной теме можно условно разделить на две группы. Первую группу образуют документы организационно-распорядительного характера партийных фондов и фондов исполнительных органов власти, как верхнего эшелона власти, устанавливающие общие тенденции и задачи развития медицины, так и регионального уровня, раскрывающие непосредственную реализацию государственных установок на местах.

Немногочисленность архивных материалов, свидетельствующих о первых шагах организации здравоохранения на Камчатке, подтверждает их ценность. К таким относятся сведения о работе отрядов Российского Общества Красного Креста и врачебных экспедиций, благодаря которым медицинская помощь стала возможной для большинства жителей полуострова (2, л. 30).

Документы первой группы дают основной материал к изучению истории медицины в 20–40-е гг. XX в. Несмотря на встречающийся в документах «угасающий текст», неполноту информации, произвольную форму редких отчетов, они отразили атмосферу тяжелейших условий труда (отсутствие руководящего состава на местах, недостаток медицинских кадров, медицинского оборудования, лекарств, помещений под медицинские пункты и др. и высокую потребность в организации медицинского дела). Так, уже на 1-м Петропавловском уездном съезде Советов (1920 г.) было принято постановление об образовании Комиссариата народного здоровья и ветеринарии. Документы сообщают о сложных отношениях между комиссариатом и медицинским персоналом. Несмотря на различия во взглядах в деле организации медицинской помощи, медицинские работники и советская власть пришли к соглашению, «полагая, что только при дружной и совместной работе специалистов и власти, чего до сих пор на Камчатке не было ни при царизме, ни после него, медицинское дело в области будет поставлено на должную высоту» (3, л. 6).

Не менее интересны сведения о закупке медикаментов на рынках Японии, об оказании помощи населению японскими врачами; об участии в становлении медицинского дела на Камчатке учителей, сотрудников милиции.

Непосредственно медицинской тематике посвящены документы второй группы из фондов: «Отдел здравоохранения Камчатского окрреврома», «Врачебный инспектор Камчатской области», «Отдел здравоохранения Камчатского облисполкома» и др. Разножанровость данных источников, широта охвата ими медицинских вопросов, избранная фактографичность отчетов в совокупности с документами первой группы позволяют выявить, проследить в течение десятилетий (особенно послевоенных) проблемы в деле здравоохранения, попытки их решения и перспективные шаги в становлении и развитии здравоохранения.

Особо выделим группу документов, содержащую количественные показатели развития здравоохранения, свидетельствующие о результативности работы как руководящего состава отделов здравоохранения, так и рядового медицинского персонала.

При оценке состояния статистической отчетности следует учитывать человеческий фактор.

Именно степень компетентности руководителей на местах решающим образом повлияла на наличие и качество отчетности.

Документы ГАКК освещают постепенное развитие советской системы здравоохранения. В первые десятилетия советской власти в области была создана разветвленная сеть медицинских учреждений. Уже на начало 1959 г. каждое национальное село имело медицинское учреждение (4, л. 51–53). Медицинская помощь стала доступной для большинства населения. Получила развитие специализированная медицинская помощь.

В архивных материалах 50–60-х гг. отражено противоречивое развитие специализированной медицинской помощи. Воспользоваться ею могли не все. Консультация специалиста была доступна населению, но получить лечение в областных учреждениях сельским жителям оказалось затруднительно. Больничные койки в областных учреждениях были заняты на 85–90 % городскими жителями (5, л. 47). Выход был найден – лечение за пределами края и увеличение числа коек в областных учреждениях.

В отчетах Областного отдела здравоохранения (Облздрав) о развитии здравоохранения на Камчатке указывалось, что медицинская помощь оказывалась преимущественно в приспособленных под медицинские пункты помещениях, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям. Увеличение коечного фонда за счет строительства являлось одним из самых неотложных мероприятий в области здравоохранения, на что нередко указывали решения партийных органов власти. Темпы больничного строительства продолжительное время оставались низкими. Причинами такого положения являлись: сезонное пребывание строительных кадров, низкое качество проектных работ, «отсутствие достаточной требовательности и настойчивости в получении средств со стороны руководителей лечебных учреждений, необеспеченность строительными материалами, несвоевременное и плохое финансирование» (6, л. 42). В то же самое время освоение выделяемых средств на строительство объектов здравоохранения было неудовлетворительным. Положение со строительством учреждений здравоохранения начало улучшаться с середины 50-х гг. С 1959 по 1965 г. в КНО было построено 17 больниц (7, л. 6). К середине 60-х гг. Камчатская область занимала 1-е место в РСФСР по выполнению планов по строительству объектов здравоохранения и 5–6-е место в РСФСР по освоению средств на строительство объектов здравоохранения (8, л. 6). Однако строительство осуществлялось по проектам, которые устаревали (9, л. 60). К 1974 г. в области не было ни одного действующего медицинского учреждения, которое бы соответствовало проектным нормативам (10, л. 51). Развитие сети медицинских учреждений Камчатской области не успевало за темпом экономического освоения полуострова и ростом населения.

В районных документах обнаруживается еще одно серьезное препятствие для оказания медицинской помощи на многие годы – переуплотненность. Площади помещений, предназначенных для медицинских пунктов аптек были малы (11, л. 60). Затруднено консультирование больных. Так, прием детей в кабинете одновременно вели 2–3 специалиста (12, л. 87). Мощностные функционирующие амбулаторно-поликлинические учреждения не удовлетворяла потребность населения в качественной медицинской помощи. Перегруженность поликлиник и аптек превышало норму в 1–3 раза, а по отдельным учреждениям в 5–6 раз (13, л. 16).

Хроническая недостаточность коечного фонда, особенно в городской местности, приводила к отказу в госпитализации либо размещению больных в условиях, не отвечающих санитарным нормам. В одиннадцатой пятилетке более двух третей коечного фонда больниц было размещено со значительным переуплотнением (14, с. 32).

Перспективное планирование прироста коек, реализовываясь, не удовлетворяло потребности населения, преимущественно городского. Так, на 1956 г. г. Петропавловск-Камчатский имел в наличии 40 % к норме коек в больничных учреждениях на 1 000 человек городского населения (15, л. 11–16). В 1967 г. недостаток коек по г. Петропавловску-Камчатскому составлял 60 % к норме. Среднее пребывание больного на койке в 1978 г. было ниже среднесоюзных нормативов. К 1980 г. площадь на 1 койку уменьшилась и составила от 2 до 3 м² (16, л. 59). Ряд категорий больных лечился на дому.

В 1985 г. советскими и партийными органами планировалось привести существующую сеть учреждений здравоохранения области по площадям к нормативам к 2005 г. (1, л. 58). Несмотря на декларируемые намерения внимание государственных властей к вопросам охраны здоровья населения уменьшилось. Сокращалась доля бюджетных расходов на здравоохранение. В то же время по обеспеченности населения больничными койками Камчатская область опережала Приморский край, Хабаровский край (18, с. 347). В Корякском автономном округе в 1989 г. этот показатель был самым высоким по стране – 287,3 на 10 тыс. населения (19, л. 96).

Постоянная скученность и хроническая перегрузка пациентами учреждений здравоохранения отрицательно сказывались на результатах лечения.

Эффективность здравоохранения во многом определяется состоянием материально-технической базы. Анализ архивных материалов позволил проследить организацию снабжения медицинским имуществом, которая осуществлялась путем предоставления заявок аптеками и лечебными учреждениями в Главное аптечное управление. Как отмечают источники, нередкими были факты, когда жители некоторых населенных пунктов оставались без лекарственной помощи. Причинами данного положения были: отсутствие информации о фактической потребности в медикаментах отдельных медицинских пунктов, о выпущенных новых лекарственных препаратах, недопоставка препаратов требуемого объема и содержания (20, л. 59–62; л. 16), неудовлетворительная доставка медицинских грузов.

Документы архива военного периода (1941–1945 гг.) углубляют представления об аптечном деле. По-прежнему ощущался острый недостаток в предметах ухода за больными, медикаментах, таких как стрихнин, очищенный вазелин, хлористый кальций в ампулах, глюкоза в ампулах, уротропин в ампулах, пенициллин, скарлатинная и дифтерийная сыворотка (вообще вся сыворотка) – крайне необходимые лечебные средства в больницах и аптеках КНО не имелись (21, л. 47). Из 21 больниц округа в 14 из-за отсутствия хирургического инструментария не могли провести даже простую операцию (22, л. 6). В ряде районных больниц отсутствовали клинично-диагностические лаборатории, физиоаппаратура и рентгеноаппаратура. Однако именно в эти годы приобрели значение медикаменты, выработанные из растительного лекарственного сырья. Документы Ф. 419 хранят свидетельства эффективного использования дикорастущих лекарственных растений в медицинской практике.

Значимым в послевоенное время в деле охраны здоровья населения Севера было постановление Совета Министров СССР от 15 декабря 1949 г. (23, л. 74), которое обязывало организовать в КНО аптечные пункты с бесплатным отпуском лекарств для коренного населения.

Многочисленные документы архива раскрывают динамику снабжения области медицинским имуществом. В отчетах Областного аптекоуправления сообщается, что с 50-х гг. возросли поставки антибиотиков, новых лекарственных препаратов, в том числе мицерина, колимицина, бициллина, гормональных, сердечно-сосудистых препаратов, лекарственных средств для лечения злокачественных опухолей. Увеличился завоз импортных медицинских товаров из социалистических и капиталистических стран. В 1960–1967 гг. на 60 % увеличивается завоз медикаментов (24, л. 111). В 70–80-е гг. выполнение требований Камчатской области по медикаментам Главным аптечным управлением было полным (25, л. 57).

С целью улучшения медикаментозного обеспечения населения приказами руководящих органов власти с 1971–1979 гг. в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Камчатки создан неснижаемый запас медикаментов (26, л. 91).

Интересны сведения из архивных источников о различных формах обслуживания населения медицинским имуществом: доставка лекарственных форм в процедурные кабинеты ЛПУ, прием рецептов аптечными киосками поликлиник, доставка на дом медикаментов престарелым и одиноким людям и др. К 1975 г. эту работу осуществляли все аптеки области.

В начале 90-х гг. в виду социальных, экономических изменений в стране, повлекших за собой разрыв устоявшихся экономических связей с западными, южными территориями страны, обстановка с обеспечением Камчатки медицинским имуществом осложнилась. Анализ состояния и перспектив снабжения на 1991 г. показывал низкую обеспеченность простейшими лекарственными препаратами повседневного спроса. Удовлетворение заявки области на лекарственные средства в 1991 г. составило 28 % (27, л. 138).

Не менее важным составляющим элементом здравоохранения являются медицинские кадры. Проблема комплектования ЛПУ медицинским персоналом на протяжении рассматриваемого периода решалась сложно. В первые десятилетия становления советского здравоохранения стояла задача привлечения медицинского персонала, а в дальнейшем его эффективного использования. Первоначально привлекался работавший на Камчатке медицинский персонал, затем трудовые соглашения заключались с медицинскими работниками, приехавшими на Камчатку в основном по направлениям управлений здравоохранения, многие из которых – выпускники учебных заведений Дальнего Востока. Уклонение молодых специалистов от работы, неприбытие к месту работы влекло за собой уголовную ответственность (28, л. 16). В 60-е гг. уже 48,7 % приглашенных на работу медицинских сестер, фельдшеров составляли выпускники Петропавловск-Камчатского медицинского училища (29, л. 160).

Архивные документы свидетельствуют, что проблема нехватки кадров в годы войны (1941–1945 гг.) решалась путем использования на врачебных должностях фельдшеров и фельдшеров-акушеров при условии обеспечения контроля над их работой со стороны врачей. Распространено было совместительство врачей, которое после войны заметно сократилось (30, л. 6).

После войны на Камчатке число работавших врачей постепенно увеличивалось. Медпункты сельской местности пополнялись кадрами за счет направления молодых специалистов в качестве участковых врачей-терапевтов в села. Ежегодно для работы в сельские районы Министерством здравоохранения СССР направлялось от 5 до 7 молодых врачей (31, л. 48). С 1983 г. началась подготовка молодых специалистов непосредственно в сельской местности, в КНО. Врачи-интерны сразу попадали в условия, в которых им предстояло работать в дальнейшем.

В области в течение десятилетий ощущался большой недостаток опытных врачей. Так, в области в 1948 г. – 45 % врачей – это врачи со стажем до трех лет (32, л. 6). Постепенно процент медицинских работников с небольшим стажем уменьшался. На 1972 г. в области 10 % от общего числа медицинского персонала составляли молодые специалисты (стаж до 3 лет) (33, л. 6).

Документы фондов указывают на существование хронической проблемы в кадровой политике здравоохранения области – текучести кадров. Так, в 1961 г. она составляла 60 % к прибывшим медицинским работникам, в 1969 г. – 73 %. Продолжительное время основные силы органов управления были направлены на поиск и реализацию решений по закреплению сотрудников здравоохранения на местах. Архивные источники сообщают: медицинские работники, проработав в сельской местности три года, переводились в городские медучреждения, отправлялись на учебу в клиническую ординатуру (34, л. 56). В 70-е гг. была организована подготовка медицинских работников по специальностям, которые допускали их взаимозаменяемость (35, л. 20). Уже к 1971 г. текучесть кадров уменьшилась и составила 19,4 % (36, л. 38–40), в 80-е гг. она составила 8 % от прибывших работников (37, л. 5). Текучесть медицинских кадров из сельских мест к середине 1980-х гг. практически не имела места. Такие позитивные изменения объясняются выбором верной политики в сфере закрепления кадров. В этой политике были и жесткие меры, например: одно из решений Облисполкома в 1970 г. не допускало увольнения врачей, особенно в отдаленных селах без соответствующей замены (38, л. 6, 215).

С увеличением численности медицинских работников (уже в начале 60-х гг. укомплектованность врачами выросла до 89 %, средними медицинскими кадрами осталась стабильной 87 %), с открытием медицинских пунктов удалось охватить медицинской помощью большую часть населения (39, л. 5). Перестали быть массовыми такие инфекционные заболевания, как дифтерия, полиомиелит, трахома и во много раз снижена заболеваемость туберкулезом, венерическими заболеваниями.

Таким образом, ценность сведений, которые содержит корпус архивных источников ГАКК по истории здравоохранения советского периода, подчеркивает необходимость широкого их использования в исследовании состояния здравоохранения региона и в целом социальной истории Дальнего Востока.

1. *Ахметова А. В.* Развитие системы здравоохранения и санитарно-гигиенического обслуживания традиционных этносов Дальнего Востока в 1950-е – первой половине 1960-х. // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. 2011. № 4. С. 122–127; *Бубнис Г. К.* Социалистические преобразования в Корякском автономном округе. М., 1981; *Вегрова И. В.* Первые шаги в борьбе за охрану здоровья народов Крайнего Севера // Советское здравоохранение. 1973. № 2. С. 70–73; *Дьяченко Д. П.* Первый комиссар народного здоровья Камчатки // Советское здравоохранение. 1965. № 4. С. 43–48; *Он же.* Вклад средних медицинских работников в развитие и оказание медицинской помощи населению Камчатки, 1920–1980-е гг. // Советское здравоохранение. 1987. № 8. С. 59–83; *Исаков А. В.* Развитие здравоохранения Дальнего Востока. Благовещенск, 1976; *Ткачева Г. А.* Медицинское обслуживание населения Дальнего Востока в 1941–1945 гг. // Вглядываясь в прошлое: дальневосточное общество в конце 1917 – 50-е годы XX века : сб. науч. ст. Владивосток, 2004. Кн. 2. С. 150–171; *Широков А. И.* Государственная политика на Северо-Востоке России в 1920–1950-х гг.: опыт и уроки истории. Томск, 2009; *Щулак Б. Н.* Из истории здравоохранения в Камчатской области // Советское здравоохранение. 1962. № 5. С. 71–73; *Чикин С. Я.* Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке. М., 1979.

2. ГАКК. Ф. Р-30. Оп. 1. Д. 9.

3. Там же. Ф. Р-44. Оп. 1. Д. 4.

4. Там же. Ф. П-2. Оп. 46. Д. 4.

5. Там же. Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 311.

6. Там же. Д. 75.

7. Там же. Д. 230.

8. Там же. Д. 229.

9. Там же. Д. 627.

10. Там же. Д. 503.

11. Там же. Ф. Р-88. Оп. 4. Д. 664.

12. Там же. Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 251.

13. Там же. Ф. Р-88. Оп. 4. Д. 1104. Л. 16.

14. *Власов С. А.* Уровень и тенденции развития благосостояния трудящихся Дальнего Востока России в 70–80-е гг. Владивосток, 1992.

15. ГАКК. Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 78.

16. Там же. Оп. 4. Д. 2145.

17. Там же. Оп. 1. Д. 900.

18. Народное хозяйство РСФСР в 1989 г. : стат. ежегодник. М., 1990.

19. ГАКК. Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 1384.

20. Там же. Ф. Р-683. Оп. 1. Д. 207; Там же, Д. 145. Л. 12; Там же, Д. 280.

21. Там же. Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 46.

22. Там же. Ф. Р-67. Оп. 1. Д. 30.

23. ГАКК. Ф. Р-683. Оп. 2. Д. 473.

24. Там же. Д. 279а.

25. Там же. Д. 1384.

26. ГАКК Ф. Р-553. Оп. 1. Д. 141.

27. Там же. Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 291.

28. Там же. Ф. Р-164. Оп. 1. Д. 13.

29. Там же. Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 279а.

30. Там же. Д. 75.

31. Там же. Д. 1140.

32. Там же. Д. 75.

33. Там же. Д. 461.

34. Там же. Д. 1278.

35. Там же. Д. 320.

36. ГАКК. Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 455.

37. Там же. Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 1081.

38. Там же. Ф. Р-88. Оп. 4. Д. 138.

39. Там же. Ф. Р-164. Оп. 1. Д. 72.

Б. Н. Комиссаров
ИССЛЕДОВАТЕЛЬ И РЕФОРМАТОР КАМЧАТКИ
Г. И. ЛАНГСДОРФ (1774–1852)
В ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И ЕГО ПАЦИЕНТЫ

О Г. И. Лангсдорфе, как правило, говорят и пишут как о естествоиспытателе, этнографе, страновед, путешественнике, дипломате, ученике и последователе немецких просветителей (1) но упускают из вида, что он был доктором медицины Геттингенского университета, активно практиковавшим врачом, причем весьма известным. Далеко не случайно, что его имя фигурирует в справочниках, содержащих имена знаменитых медиков «всех времен и народов» (2). Однако фигурирующая там информация о нем касается главным образом общепрофильных сведений и в незначительной степени трактует его деятельность в области медицины. Тема «Лангсдорф – врач» не исследовалась, и данная статья является лишь первой попыткой к ней подойти.

Не в пример нынешней эпохе, когда существуют сотни медицинских специальностей, бесчисленные и тончайшие методы диагностики болезней и огромный арсенал фармакологических средств, врач времен Лангсдорфа должен был быть фактически энциклопедистом в своей сфере, и его деятельность во многом была сродни искусству, искусству врачевания.

В Геттингенском университете учителем и наставником Лангсдорфа был крупный анатом, физиолог, разносторонне образованный естествоиспытатель Иоганн Фридрих Блуменбах. Всемирную известность он заслужил главным образом как антрополог и основатель науки о черепе –