

Кристина Попова

Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград
[chadoblg@yahoo.com]

В утопията на предпазното задържане: опитът на Макаровската болница и въвеждането на лечебно-охранителен режим на базата на Павловското учение (1950 – 1955)

Abstract: *The paper presents the attempt to elaborate a new hospital regime based on the interpretation of the physiology theory of the Russian and Soviet scientist Ivan Petrovich Pavlov and its spread according to the decisions of the so called “Pavlov’s Session” in Moscow (1950) for transformation of the medical education and practical work. The impact of the “Pavlov’s session” is not ignored in the recent historical research of the Stalin era but it’s strong impact in the practical medical work remained out of the mainstream attention although the medical practices were not outside of the Soviet ideological system. One of the main practical inventions which followed the session was the elaboration of the so called Curative – Protective Hospital Regime in USSR (first experimented in the small Makarov’s hospital near Kiev) which was, propagated proclaimed as a norm and introduced in the hospitals in an administrative way. This regime was based on the explanation of the etiology of deceases according to the official interpretation of the Ivan Petrovich Pavlov’s theory about the High Nervous activity. Important social diseases like hypertonic disease, ulcer were seen as caused by a misbalance between the cortex processes of excitement and inhibition. The idea was to support the so called protective inhibition as a tool to minimize this imbalance. It was in the core of the Curative – Protective Hospital Regime which was expressed in the practical work in a “struggle for silence”, for coziness in the hospital chambers and more time for patient’s sleep. A whisper mode of speech was also established. The paper tries to find out how those concepts, prescriptions, practices and norms were propagated and introduced. The main sources for the research are Soviet medical periodicals, practical instructions and guides. The paper presents also the introduction of the Curative – Protective Hospital Regime in Bulgaria based on Bulgarian medical periodicals.*

Key word: *Social History of Medicine, Pavlov’s Theory, Protective Inhibition, Sleep Therapy.*

Въведение¹

Починът на Макаровската болница в СССР от началото на 1950-те години за въвеждането на т. нар. лечебно-охранителен режим е един от най-важните и най-видими проекти в преустройството на практическата работа на медицинските учреждения, започнало с политическите решения на т. нар. Павловска сесия през 1950 г., наред с въвеждането на сънната терапия. Докато сънната терапия се отнася до лечението на определени заболявания като хипертония, язва, нервни и психически болести, то въвеждането на лечебно-охранителен режим се отнася до всички медицински институции – поликлиники, стационари, болници. Както лечебно-охранителния режим, така и сънната терапия почиват на обща теоретична основа, на една и съща постановка на Павловското физиологическо учение – постановката за т. нар. *предпазна задържане*, както и на идеята за единството на организма с околната среда. Идеята на лечебно-охранителния режим най-общо е насочена към премахването на вредните дразнители и осигуряване на покой за пациента, необходим за неговото оздравяване.

Медицинските практики и техники по времето на социализма представляват интерес от гледна точка на тяхната идеологическа природа, както и на идеологическите моменти в процеса на тяхното прилагане. И анализите на практическото приложение на идеологията могат да спечелят от изследването на медицинските практики на социализма и на медицинската работа и медицинските институции – болници, санаториуми, поликлиники, като съществена част от цялостния проект за обществото. Медицинските техники по време на социализма не стоят извън системата на идеологическото въздействие, а са съществена част от нея, особено през 1950-те години. Това идеологическо въздействие се отнася както за начина, по който се внедряват, променят и пропагандират тези техники – чрез административното налагане на почини и индоктринирането на медицинския персонал, така и до тяхната идеологическа обосновка – като превъзхождащи западните както в науката, така и в грижите за човека, и единствено поставени на научна материалистическа основа. Пропагандирането и внедряването им е съществена индикация за същността на тоталитарното общество, проникващо до най-дълбоките сфери на въздействие върху човека, върху неговото тяло и функционирането на неговия организъм, както и върху експертната медицинска дейност. Така при лечението се наслаждава огромната власт на експертите върху тялото на пациента с безграничната власт на политическите и идеологически съображения като ги свързва едни с други в едно цяло.

¹ Изследването е в рамките на проект „Knowledge Exchange and Academic Cultures in the Humanities: Europe and the Black Sea Region, late 18th – 21st Centuries – KEAC-BSR”. Проектът е подкрепен от European Union's Horizon 2020 research and innovation programme с договор No 734645.

Така наречената „Павловска сесия“ на двете академии – Академията на науките на СССР и академията на Медицинските науки на СССР – попада в поредицата събития в края на 40-те и началото на 50-те години, свързани с поставянето на науката под все по-строг контрол, както и с публично заклеймяване и разгромяване на учени и научни направления. В природните науки по-известна е сесията на ВАХСНИЛ¹ от 1948 г., разгромила генетиката на Мендел – Морган – Вайсман и утвърдила учението на Мичурин – Лисенко. „Павловската сесия“ съвпада и с други кампании – срещу космополитизма и чуждопоклонничеството в науката, кампанията по провеждането на т. нар. „съдилища на честта“ над учени (Сонин, А. С., 2011, с. 80-100; Чернышева, Ольга О., 2014, с. 80-100), както и срещу формализма в изкуството. Тя съвпада и с публикуването на серията статии на Сталин по въпросите на езикознанието, предизвикали силно раздвижване в научните среди и образованието. Затова „Павловската сесия“ не е изолирано явление, ограничено в областта на медицинските науки. Заедно с решенията на сесията на ВАСХНИЛ тя утвърждава тезата за определящото значение на околната среда за развитието на живите организми и силно повлиява официалните философски възгледи, чието въздействие по институционален път се разпространява върху цялата научна и образователна инфраструктура (Цветаева, Нина, 1999).

На сесията са разгромени някои от най-изтъкнатите последователи и ученици на Павлов – Левон Орбели (1882-1958), Лина Щерн (1878-1968), Иван Бериташвили (1884-1974) и техните възгледи са осъдени. Сесията утвърждава школите на други физиолози – Константин Биков (1886-1859), Анатолий Иванов – Смоленски (1895-1982), Николай Красногорски (1882 - 1961), прокламирани като носители на истинското учение. Наред с това сесията поставя началото на цялостно преустройство на научната и практическа работа в медицината и биологическите науки, оглавявано от тях. За целта се създават Павловски комитети, които да контролират това преустройство.

В последните години са публикувани редица документи и спомени, които осветляват репресивната дейност в науката на Павловските комитети, създадени в СССР и другите социалистически страни след 1950 г. и функционирали докъм 1955 г. Доколкото репресираните учени са реабилитирани след 1955 г., общо взето и изследванията не отиват по-далеч от историята на възстановяването на историческата справедливост по отношение на тези жертви на Павловската сесия. Посочва се, че пораженията на Павловската сесия в науката са не по-малки и дори са по-големи от онези на сесията на ВАХСНИЛ, която утвърждава учението на Мичурин – Лисенко. Публикуваните документи хвърлят светлина върху репресивните методи на Павловския комитет, оглавяван от академик К. Биков и надзора, който той упражнява върху изпълнението на решенията на сесията.

Още на самата Павловска сесия се акцентува, че наред с промяната в науката, в образованието по биологическите и медицински дисциплини, и

преобучението на медицинските учени и персонал, трябва да се работи усилено и за приложението в практиката. Под надзора на Павловските комитети органите на здравните министерства, медицинските институти, медицинската периодика се заемат както с индоктринацията на академичното тяло: професори и студенти, така и на медицинския персонал от лекари, сестри, лаборанти, физиотерапевти, санитарен персонал. Разработват се приложните лечебни аспекти на Павловското учение. Това приложение преследва широк спектър цели – както идеологически, така и терапевтични. То трябва да бъде оръжие в борбата с идеализма, да докаже тържеството на материализма, на тезата за доминиращата роля на средата върху организма, като докаже и своята терапевтична сила в практиката. Много важен момент е и доказването на превъзходството на съветската наука и на съветската медицина като поставена на строго научна база, развита на родна почва, вдъхновена от истинска, а не фалшива грижа за здравето, която произтича изобщо от грижата на съветската власт за човека и е освободена от всякакви съображения като материална изгода на болници, фармацевтични компании, лекари и персонал. Нагледно трябва да се покаже как тази практика освобождава важни творчески енергии на целия медицински персонал и дава импулси за иновативни интерпретации и нововъведения.

Именно такъв е случаят с въвеждането на лечебно-охранителния режим. Въвеждането му в медицинските институции става част от процеса на следвоенното преустройство в науката и медицинските институции през периода 1948 – 1953.

Освен образователните и научни аспекти на въздействието на Павловската сесия, практическите последици по отношение на стандартите на терапия в съветските болници, клиники и санаториуми съдържат три важни момента. Те са базирани на схващането за т. нар. *предпазно задържане*, върху което се фокусира обяснението на етиологията на заболяванията и възможностите за лечение. Приема се, че важна причина за заболяванията е нарушението на баланса между процесите на възбуждане и задържане в нервната система. Това води до създаване на т. нар. застойни огнища на възбуждане. Те са в основата на редица заболявания. Тук с оглед на превенцията на заболяванията и тяхното лечение е въведен терминът *предпазно задържане*, като се подчертава, че именно чрез него може да се възстанови балансът на нервната система, а оттам да се постигне терапевтичен ефект. Базирайки се на характерните за учението на Павлов типове нервна дейност, се смята, че преди да се пристъпи към лечение, трябва да се изследва типа нервна дейност, защото се смята, че т. нар. възбудим тип се поддава особено трудно на лечение. За науката и за клиничната практика в първата половина на XX век и особено във времето между двете световни войни, нервно-възбудимият тип, неговият контрол и терапия, са обект на голям интерес в целия свят. В това отношение СССР не прави изключение. Не случайно и в Павловското учение се търсят възможнос-

тите за обяснение, класификация на типовете нервна дейност и лечебни техники. Базирайки се на схващането на Павлов за съня като фаза на задържане на нервните процеси в кората на главния мозък и като основно средство на *предпазното задържане*, се препоръчва сънната терапия.

Сънната терапия също не е нещо ново в клиничната дейност и се смята за въведена още в края на XIX век от швейцарския учен Якоб Класи-Брумер (1883-1980). Новото е в обосноваването на съня и сънната терапия на базата на Павловото учение. Именно това обяснение превръща практиката на сънната терапия в съветска медицинска иновация. Практикувана дотогава от отделни съветски лекари – главно ученици на И. П. Павлов (Анатолий Иванов-Смоленски и други), особено по време на ВСВ, след сесията от 1950 г. тя се въвежда широко за лечението на психиатрични и нервни болести, а също така за лечение на хипертонично страдание, язва и други заболявания. Другата трайна насока на „павловизацията“ на практиката е т. нар. лечебно-охранителен режим.²

Режимът на модерните институции – болници, училища, социални домове е важен дисциплинарен инструмент. Павловската сесия и „павловизацията“ на педагогиката, медицината и спорта засилват вниманието към физиологичните аспекти на режима. Основното внимание в преустройството на педагогическите науки е фокусирано върху възпитаването на условияния рефлекс (Попова, Кр., 2016, с. 19-57).

В лечебно-охранителния режим обаче павловските прозрения за условияния рефлекс не са определящи. Смисълът на режима е друг: смисълът на неговото въвеждане е той да се превърне в част от терапията, като премахне дразнителите и възстанови баланса на нервната система. Това свойство се основава на неговото физиологическо обяснение: на идеята за въздействието на средата върху цялостния организъм; за предпазното сънно задържане като „нормален прием на физиологическата борба против болестотворните агенти (И. П. Павлов).³ В основни линии режимът се проявява в преобразуване на външната болнична среда; продължение на физиологичния сън; предпазване на болния от отрицателни емоции и болкови усещания; съчетаване на режима на покой с физическа активност и повдигане на общия нервно-психически тонус.⁴

Същността, разпространението и проявите на лечебно-охранителния режим в медицинските заведения в периода 1950 – 1955 г. са в центъра на вниманието на настоящата статия. Приложението му засяга цялата мрежа от лечебни заведения в СССР и в социалистическия лагер, характеризира организацията на общото болнично всекидневие, и особено дейността на сестри и друг болничен персонал. Осъществяването му трябва да създаде своеобразна болнична утопия, изградена върху Павловото учение.

В центъра на настоящето изследване е внедряването на лечебно-охранителен режим в болниците и другите медицински заведения, като се

покаже съдържанието, което се влага в неговата концепция и начинът на неговото приложение от персонала: лекари и особено от медицински сестри. За целта на изследването са използвани теченията на няколко съветски издания в периода 1950 – 1955 г. – „Медицинский работник“, „Клиническая медицина“ и особено „Медицинская сестра“, както и редица научни и популярни книги, някои мемоарни свидетелства.

Лечебно-охранителният режим е типичен пример за съветските иновации по това време, като комбинация от административни мерки и пропагандна работа. В много случаи те следват модела на „почина“, представен от пропагандата като възникнал някъде в широката практика, във всекидневната съзидателна дейност на скромните съветски хора, които не заемат властови позиции, открит и приложен от колективите в цялата страна. Такива почини има в стопанството, земеделието, образованието, медицинската практика.

Такъв е и случаят с болничния ред, изобретен в една малка болница в с. Копилово, на 9 км от районния център Макарово, близо до Киев в Украйна. Оттам методът става известен като „починът на Макаровската болница“ и се пропагандира като част от преустройството, наложено от Павловската сесия през 1950 г., регламентира се от Министерството на здравеопазването на СССР и се внедрява от персонала в болници и санаториуми в цялата страна, превръщайки се в норма и задължение за организацията на болничния режим и обстановката в болницата. През март 1952 г. Министерството на здравеопазването на СССР разработва инструкции за приложението на лечебно-охранителен режим в медицинските учреждения по примера на Макаровската болница. Въвеждането му става основен израз и главен критерий за преустройството на дейността на медицинските учреждения след Павловската сесия. Наред със сънната терапия той влиза в програмите за изучаването на Павловското учение на семинарите с научни работници, лекари и сестри, като представя приложния практически аспект на това преустройство. Режимът става видим индикатор за настъпилото преустройство, защото осезателно променя както болничното пространство по начин, който може да се наблюдава и докладва, а така също променя и поведението на персонала, звуковата среда, взаимодействието с пациентите. Не е достатъчно учените, практикуващите лекари, сестрите и останалият персонал да участват в курсовете за изучаване на Павловското учение, необходимо е да покажат, че умеят да го прилагат практически.

Макаровската болница и концепцията за лечебно-охранителния режим

Параметрите на болничния ред, разработен в духа на Павловото учение, получава в Макаровската болница определението „лечебно-охранителен“.⁵ Наименованието препраща към постановката за т. нар. предпазно /охранително/ задържане. Според литературата, историята на лечебно-

охранителния режим започва с това, че в тази малка болница – бивш аристократичен дом, разположена на Житомирско шосе, с 6 лекари и около 70 болни, медицинският персонал започва да изучава трудовете на Иван Петрович Павлов. По инициатива на консултантът на болницата д-р Павел Бейлин⁶ – лекар – хирург от Киев, е проведена анкета с болните от различни лечебни заведения в Киев, която да установи факторите, които влияят зле на психиката на болните – болничен шум, мирис, болезнени диагностични процедури. На базата на изводите основен стремеж става ограничаването на дразнителите и се осигури покой на пациентите като важно условие за възстановяването им. Така започва „сражението за тишина“ – както се изразява консултантът на болницата Павел Бейлин (Гамбарян, Л. С., Сазонтов, В. И., с. 25). В хода на тази „борба за тишина“ – „от Павловски позиции“ – се въвежда „шепотен режим“: персоналът се задължава да говори с шепот. Подчертава се, че шепотната реч намалява конфликтите и дисциплинира медицинския персонал (Гамбарян, Л. С., Сазонтов, В. И., с. 26).

Инициаторът на тази практика Павел Бейлин не е само лекар-хирург. Той е писател, автор на книги и есета. На лечебно-охранителния режим той посвещава редица статии. През 1951 г. той представя почина на Макаровската болница във в. „Медицински работник“, орган на МНЗ на СССР.⁷ Наред с тях той публикува и серия литературни произведения⁸, които му създават голяма популярност и са преведени и в други страни. Неговите литературни произведения създават на павловските идеи, или по-точно на техните официални интерпретации, културно битие, което има важно значение за тяхната рецепция както от лекари и други медицински служители, така и от широк кръг читатели. В обстановката на следвоенния живот с неговите всекидневни трудности и недоимък, след огромните човешки загуби, неизлекувани травми, разпространение на туберкулозата и други заболявания, пред читателите се разкриват целебните възможности на простите средства на съня, тишината, променената болнична обстановка. Писателят Юрий Виленский, р. 1931 г. – също лекар – си спомня тези условия, когато той се запознава с книгите на д-р Павел Бейлин и почина на Макаровската болница:

„Още учех в последните класове на гимназията, когато чух името на този писател и неведнъж виждах да се продава книгата му, която се разграбваше. Така Павел Ефимович откликна тогава на завоюващото популярност Павловско учение. Популярността на тази теория в определен смисъл беше натрапена отгоре, в чистия ѝ смисъл обаче бе оправдана в практическата медицина – ако се базираме на самия Иван Петрович Павлов... Доктор Бейлин възприемаше знаците на своето време искрено, виждаше в тях източник на изцеление, даже без лекарства. Неочаквано на границата на петдесетте години той замина като научен ръководител за провинциалната болница в Макарово в Киевска област и я превърна в удивително огнище на оздравяване. Книгата му

ярко показва, че много нестандартни нововъведения, например лечението чрез тишина, могат да бъдат полезни и успешни.“⁹

Опитът на Макаровската болница получава положителна оценка от Научния съвет по проблемите на физиологическото учение на Иван Петрович Павлов и Министерството на здравеопазването на СССР. (Гамбарян, Л. С., Сазонтов, В. И., с. 26) Научният съвет по проблемите на физиологичното учение на Павлов изпраща двама учени – физиолози – Л. Гамбарян и В. Сазонтов през 1951 г. да проучат работата на Макаровската болница, да видят направеното и да се запознаят на място с работата на персонала. (Гамбарян, Л. С., Сазонтов, В. И.) Те също проучват работата и публикациите на Павел Бейлин, като консултант на тази инициатива. На следващата година Гамбарян и Сазонтов обобщават своите впечатления от лечебно-охранителен режим в книга, като подчертават, че преустройството на работата на медицинските учреждения на принципите на физиологическото учение е най-важна в борбата за живота и здравето на съветския човек. (Гамбарян, Л. С., Сазонтов, В. И., с. 3).

П. Е. Бейлин разработва също примерна беседа за практиката, която лекарите да използват, за да проведат беседи с пациентите и им разяснят новия болничен ред.¹⁰ В беседата той обяснява значението на тишината и причината лекари, сестри и санитарки да говорят с шепот, както и целебното въздействие на съня. „Сънят ви защитава – пише той, но за него трябва да се създадат условия“. Лекарят обяснява на болните в тази беседа, че видният руски учен И. П. Павлов е доказал, че по време на съня се възстановяват силите. Също с цел положително въздействие, в отделенията се пуска музика. Лекарят призовава пациентите да гледат картините, закачени по стените, които са подарък от Киевския художествен институт за целта на режима, и изобщо да се придържат към режима, като вярват, че здравето на съветския човек е висш закон за персонала.

Както в Макаровската, така и в други болници персоналет започва да разговаря с шепот или тиха реч, но някои здравни дейци се опасяват, че ако се шепти, болните могат да станат подозрителни, че нещо се укрива от тях. Затова се препоръчва тиха реч, т. нар. „полушепотен“ режим (Гамбарян, Л. С., Сазонтов, В. И., с. 22). Други недоволстват, че служители с увреден слух не могат да работят пълноценно.

Във връзка с въвеждането на лечебно-охранителен режим, продължителността на съня в Макаровската болница е увеличен на 9 часа, въведен е и задължителен следобеден сън (Гамбарян, Л. С., Сазонтов, В. И., с. 30). На съня и неговото охранително-целебно значение, както и на сънната терапия е посветена значителна част от вниманието. За тази цел в болницата са оборудвани отделни помещения (Гамбарян, Л. С., Сазонтов, В. И., с. 34-43).¹¹ Въпреки, че Павел Бейлин настоява за преимуществено прилагане на физиологичен сън, а не медикаментозен сън, за да не се събуждат болните „замаяни“, „олюляващи се“, както това се наблюдава при употребата на сънотворни препара-

ти, тази редовна употреба се практикува и тук. В крайна сметка се прави изводът, че вследствие на режима се повишава броят на оздравелите (Гамбарян, Л. С., Сазонтов, В. И., с. 41).¹²

Гамбарян и Сазонтов подчертават, че вече значителен брой колективи на лечебни и лечебно-профилактични заведения внедряват лечебно-охранителния режим и сънотерапия по примера на макаровци. Особено се подчертава примерът на болница № 34 в Москва, Института по травматология в Ленинград, Клиниката по болнична терапия на медицинския институт в Ереван (Гамбарян, Л. С., Сазонтов, В. И., с. 44). Всеки лекар, сестра, санитарка в тези институции овладява, според авторите, учението на Иван Петрович Павлов и внася своя принос. В лечебните заведения се отчитат специфичните особености на работата, но общото съображение е да се щади нервната система на болния. Основополагаща идея е, че клиницистът, в която и област да работи, трябва да изхожда от учението на Павлов (Гамбарян, Л. С., Сазонтов, В. И., с. 24).

Опитът на московската болница № 34 е обобщен в книгата „Лечебно-охранителният режим в болницата“ от Галперин, Музыченко и Подолни, която излиза през 1953 г. под редакцията и с предговор от доцент Н. А. Виноградов, ръководител на катедрата по организация на здравеопазването към Централният институт за усъвършенстване на лекарите.¹³ В предговора Н. Виноградов подчертава, че повишаването на отговорността на целия персонал за преустройството на лечебната работа на основата на Павловското учение е допринесло да се разработят „Правилата на вътрешния ред за медицински персонал“ (Галперин, Е., Музыченко, А. П., Подольный, С. А., 1953, с. 4). Изяснявайки концепцията за лечебно-охранителния режим на базата на Павловската теория, тук също се признава първостепенното значение на тишината. Допълнителен момент е, че въвеждането на режима изисква промяна и в условията на извършване на операции и хирургическата деонтология (Галперин, Е., Музыченко, А. П., Подольный, С. А., с. 75). Посочва се и иновативният опит на грузинския хирург Ю. Ю. Джанелидзе за извършване на операция без една дума. За да се укрепи желанието за живот на пациентите се препоръчва жизнеутвърждаваща литература, като „Как се каляваше стоманата“ и други произведения на съветски автори (Галперин, Е., Музыченко, А. П., Подольный, С. А., 1953, с. 75). Въвежда се обща организация на съня в болницата (Пак там, с. 59). Отделно се разработват мероприятия за въвеждането на лечебно-охранителен режим и в поликлиниката (Пак там, с. 32).

С методическо писмо от 24. Март 1952 г., Министерството на здравеопазването на СССР (N 04 – 22/23) „За организацията на работата на болниците на основата на физиологическото учение на академик И. П. Павлов“ се посочва, че това учение не само е основа на съвременната съветска теоретична медицинска наука, но и мощен фактор в преустройството на практическата дейност на органите и учрежденията на съветското здравеопазване.“ (Галперин,

Е., Музыченко, А. П. , Подольный, С. А., 1953, с. 7) В писмото от 24 март се дават указания да се създава уют и да се отстранят отрицателно действащите фактори (Пак там, с. 23). Препоръчва се също така да се сложат картини с жизнеутвърждаващо съдържание, както и да се води борба с вътреболничните шумове.

Установени са също и 13 правила в работата на персонала (Пак там, с. 17-31). Те се отнасят до общуването с пациента /не трябва да се нарича с безличното „болния“, а с лично и бащино име, да не се допуска болният да чете историята на болестта, да се съхранява на недостъпно за болния място, да не се съобщава диагнозата в определени случаи/. Специално внимание се обръща на съня, съгласно девето правило, особено на следобедния сън (Пак там, с. 26). Освен правила, разработени са и препоръчителни лозунги, които да се поставят в помещенията на болници и стационари. От тях се вижда най-добре връзката на лечебно-охранителния режим със сънната терапия. (Гальперин, Е., Музыченко, А. П. , Подольный, С. А., 1953, с. 81-86).

„Продължителният и спокоен сън – най-добро целебно средство при много заболявания. Следвайте съветите на лекаря, за да си обезпечите здрав и дълъг сън!“

„Пазете съня на другарите си в помещението.“

„Правилата на вътрешния ред за болните имат за цел да запазят по-коя и да помогнат за най-бързото оздравяване. Запознайте се с правилата и ги изпълнявайте.“

В своя статия в „Медицинская сестра“ за практиката по внедряването на лечебно-охранителен режим в болница № 34 в Москва, П. Обнорский изтъква централното място на сестрите в организацията на лечебно-охранителния режим, като подчертава огромното значение, което И. П. Павлов придава на условията и средата, на защитата на централната нервна система от вредно действащите дразнителни.¹⁴ Водеща роля в грижата за болния има медсестрата. Както и в Макаровската болница, така и тук, в Москва, преустройството на работата започва с възпитателна работа и занятия с лекари и сестри. Прочетен е цикъл лекции за средния персонал за приложението на Павловското учение в клиниката по вътрешни болести, за охранителния режим в стационара и поликлиниката и по други въпроси. Обнорски посочва, че сестрите вече са усвоили основни моменти от учението на Павлов и прилагат лечебно-охранителен режим в практиката. Промените са в посока на утвърждаване на внимателно отношение към пациентите, въведено е обръщение по лично и бащино име. Възприето е правилото да се говори тихо, да не се правят резки движения, да няма шум. Прекратяват се шума и пререканията, както и опаш-

ките. Досега борбата с опашките се е разглеждала главно организационно, но сега става важен елемент в лечебно-охранителния режим. Друг акцент е благоустройството на обстановката. Препоръчва се болният да намери в помещението цветя, картини, плакати, правила, уют. Провежда се и четене на художествени произведения, репродукции на картини.¹⁵ Медицинската сестра Н. А. Монахова проучва литературата и подготвя доклад „Режимът на учреждението и работата на медсестрите по грижата за болните в светлината на учението на Иван Петрович Павлов“¹⁶.

Мястото на сестрите в организирането на лечебно-охранителния режим на страниците на списание „Медицинская сестра“

Като представителки на медицинския персонал, който заема централно място в организирането на болничното всекидневие, на приобщаването на сестрите към проекта за въвеждане на лечебно-охранителен режим се обръща значително внимание. Тяхното участие трябва да покаже също, че всички здравни работници се запознават с Павловското учение и преустройството на работата е тяхно дело. Както самият почин, тръгнал от една малка провинциална болница, това участие трябва да подсили впечатлението за всеобщото участие и творческата инициатива, пробудена от Павловската сесия.

Месечното списание „Медицинская сестра“ - основен печатен орган, предназначен за сестрите в СССР - разяснява на своите страници в теоретични статии учението на Павлов, информира за организационните форми на изучаването му на семинари, конференции и под формата на поемане на лични обещания. В рецензии за общи трудове и учебници за медицински сестри се критикуват и учебници, които не са, или не са достатъчно, издържани в духа на Павловото учение. Така например учебникът на Р. М. Шапиро за основите на общите грижи за болните от 1951 г., разпространен и в България по това време, е критикуван, че в него твърде малко е казано за учението на Павлов и не е подчертана ролята на сънната терапия.¹⁷

Списанието отделя значително място на теоретичните основи на лечебно-охранителния режим, както и на практическото му организиране от страна на сестрите. Д. В. Месел набляга на важноста от прекратяването на вредното въздействие на дразнителите, на предимствата на сънната терапия, и задълбочаването на процесите на задържане.¹⁸ Изяснява се особеното значение на околната среда като фактор в процеса на лечение. Болният не трябва да се лекува само с лекарства и медицински процедури, необходима е атмосфера на уют, покой, внимателно обслужване.¹⁹ На медсестрите се обяснява, че сънното задържане има не само предпазно, но и целебно значение: то е прилагано по време на войната чрез използване на неголеми дози луминал и веронал.²⁰ Разяснява се също и използването на лечението със сън при хипертонията.²¹

В множеството публикации на медицински сестри в списанието, те споделят своя опит в изучаването на Павловското учение и в неговото приложение

ние в практиката. Голяма част от публикациите са на старши сестри, в основната си част натоварени с отговорностите по организацията на болничното всекидневие. Техните статии трябва да укрепят у читателите впечатлението, че навсякъде се извършва истинско преустройство на дейността на здравните заведения.

„Медицинская сестра“ информира за проведените сестрински конференции и работата на сестринските съвети, които обединяват в колектив медицинските сестри в лечебните институции. Противопоставянето със западната здравна система и превъзходството на съветската болнична помощ се подчертава винаги, когато се характеризира здравната политика. Именно учението на Павлов и неговото приложение се посочват като главен аргумент за това превъзходство.

В статията си за словото като лечебен фактор, ст. сестра А. С. Степченко обобщава, че „...безсмъртното учение на И. П. Павлов трябва да бъде достойние на всеки медицински работник, на всяка медицинска сестра“.²² Тя споделя опита си в борбата с безсънието на пациентите, която според нея става по-успешна, когато даването на прахче бромурал трябва да се придружава с думи за неговото добро сънотворно действие.²³ Подобно на нея, и според старшата сестра Н. Л. Бедекер, пренапрежението на нервната система води до нарушения на работата на вътрешните органи. По време на сън кората на главния мозък почива и се връща в нормата. Ако болният не може да заспи, трябва да му се помогне, като сънят се предизвика чрез сънотворни.²⁴ Бедекер обобщава, че медсестрите трябва да разбират добре изискванията, които предявява съвременната медицина, и да прилагат на практика учението на великия Ив. П. Павлов. Тя настоява за организирането на занятия със сестринския персонал по изучаването на неговото научно наследство и дискутирането на деонтологията.²⁵

Т. А. Невзорова от Първа градска психиатрична болница в Москва също демонстрира наученото за предпазното задържане. Когато дразненето е много продължително или прекомерно – разсъждава тя - се превишава работоспособността и издръжливостта на нервните клетки. Те изпадат в състояние на задържане, което представлява защитен процес и ги спасява от гибел. Именно в този смисъл задържането е целебно-защитно.²⁶ В статията си за режима на детската болница в светлината на Павловското учение, старшата медицинска сестра Т. Д. Бистрова описва организацията на лечебно-охранителен режим в една детска болница, която се основава на принципите на нервизма и постановката за взаимодействието на организма с външната среда. Бистрова подчертава водещата роля на медсестрата, която трябва да умее да си представи ясно влиянието на ВНД върху физиологическите процеси и патологическите процеси в организма.²⁷ Медицинската сестра трябва да помни, че тя е главна организаторка на външната среда, с която болният е в постоянно взаимодействие, и която е един от главните фактори за неговото лечение. Чистотата, цве-

тя, живопис, създават емоционален тонус у децата и спомагат за оздравяването.²⁸ Медицинската сестра, която знае за целебното въздействие на задържането в главния мозък и неговото значение за правилното регулиране на възстановителните процеси в болния организъм, ще се старее да не нарушава покоя на болния. Уверена, че предпазното задържане, приложено под формата на сънна терапия, представлява ефективен метод за лечение на някои заболявания, Бистрова посочва, че естественият сън на детето има още по-голямо значение за оздравяването. В този смисъл тя настоява да не се съкращава той заради удобството на персонала, да не се водят шумни разговори, за да се пази равновесието на неговата нервна система.²⁹ Нещо повече, в нейната болница е направено още нещо за внедряването на Павловото учение „...за изработване при малките деца на определени условни рефлексии, свързани с храненето, е решено, персоналът на отделението на по-малките преди раздаването на храната да сменя обикновените бели престилки със сини. Сините престилки служат като сигнал за детето за прекъсване на неприятните процедури и настъпване на време за хранене, като с това дава възможност да се проконтролира смяната на престилките на персонала преди раздаването на храната.“³⁰ Така у децата се създават трайни условни рефлексии.

Медсестрата Е. Г. Свечина от Ленинград споделя, че и те са преустроили работата си в светлината на учението на Павлов.³¹ Във физиотерапията те променят интериора, като са закачили на прозорците розови завеси, поставили са книги, списания, вестници, озвучават помещението с лека музика, като придружават всичко това с ласкаво отношение към пациентите.³²

Сестринските конференции

При организирането на тематиката на сестринските конференции, на лечебно-охранителен режим се отделя голямо внимание. През периода 1948 – 1951 само в Горкиевска област са проведени 21 научно-практически конференции.³³ Сестрите обсъждат живота и дейността на Иван Петрович Павлов, неговото учение, идейно-политическото възпитание на средния медицински персонал, сънната терапия, ролята на медицинската сестра в организацията и обслужването на болните в светлината на учението на И. П. Павлов наред с други теми от всекидневната работа.³⁴ На 28 февруари 1952 в Ленинград се провежда общоградска конференция на медицинските сестри от физиотерапевтичната мрежа за преустройство на работата на основата на Павловското учение, като е направен отчет за постигнатото, и се стимулират нови идеи и предложения.³⁵ През декември 1951 г. в Полтавска област е проведена сестринска конференция, където е представен доклад за внедряването на Павловското учение при грижата за болните.³⁶ На конференцията се подчертава и политическото значение на усвояването на това учение, като част от политическата възпитателна работа. В. Дмитриева, председателка на профсъюза на медицинските работници в град Горки, подчертава в своята статия, че преуст-

ройството на работата на лечебните учреждения обхваща цялата страна. Пълната реорганизация на работата обаче може да стане, според нея, едва тогава, когато всеки медицински работник в достатъчна степен осъзнае дълбочината на учението на Павлов и се ръководи от него във взаимоотношенията си с болните. За медсестрите е организиран цикъл занятия, посветени на въпросите на въздействието на средата върху организма и тяхното единство и значение то на съня като естествено целебно средство за лечения. Тематиката на занятията по организацията на охранителния режим в медицинските заведения трябва да включва въпроси за ползата и продължителността на необходимия за болните физиологически сън, запазването на пациентите от вълнения и болкови усещания и съчетаването на режима на покой с физическата и психическата активност на болния.³⁷

Починът на Макаровската болница се подема и в работата на различните болнични отделения, както например в очното отделение в болницата в Кемерово. В болницата над 100 сестри са включени в дискусиите.³⁸ Подобни успехи се отчитат от научно-практическите конференции по внедряването на опита на районната болница в Макарово в градовете Жданов, Харков и много други места.³⁹ През 1953 и 1954 тези прояви зачестяват, преди да започнат да се разреждат след разпускането на Павловския комитет през пролетта на 1955 г.

Ключовата роля на медицинската сестра в преустройството на лечебно-профилактичната работа в медицинските учреждения се подчертава и в статията на Брусиловски и Грабина от Киев.⁴⁰ Едва, когато персоналът разбира физиологическата същност на охранителния режим, грешки се наблюдават все по-рядко. Условният рефлекс също се използва с лечебна цел в болницата. Най-широко разпространена е условно-рефлекторната терапия при лечението със сън. Лечението със сън се прилага както чрез приемане на безусловни дразнителни – фармакологични агенти, така и чрез индиферентни условни дразнителни, които действат чрез анализаторите. Вече е съобщено за прилагането на условнорефлекторна терапия при лечението на бронхиална астма, тахикардия, кашлица и други състояния.⁴¹

Един от най-изтъкнатите физиолози - И. И. Сперанский също изяснява тази тематика на страниците на списанието. В статия за лечението на хипертонията в светлината на учението за висшата нервна дейност, той посочва препаратите, които могат да се прилагат при сънната терапия – луминал, барбамил, мединал, хлоралхидрат, бром, като се държи сметка за типа висша нервна дейност на пациента. Към това лечение, според него, се прибавя въздействието на лечебно-охранителния режим, при което почетна задача на персонала и особено на сестрите е да отстраняват всичко, което може да тревожи болните още от момента на тяхното приемане в болницата.⁴²

Обстойно върху лечебно-охранителния режим се спира в статията главният лекар на районната болница в Золотоноша, Полтавска област, Г. П. Сукач.

Преустройството на работата там започва, както и на другите места, със дълбочено изучаване на учението на Павлов и материалите от сесията на двете академии от 1950 г. и със същността на новия болничен ред. Намерили са начини във всекидневния живот на болницата в художествена форма да се критикуват нарушителите на лечебно-охранителния режим и причинителите на вълнения сред болните, например даването на ръка на заключения на рентгенолога, като причина за вълнения. Сред персонала са се оформили две групи. Едната група, по-голямата, поддържа лечебно-охранителния режим, а другата смята, че за да се постигнат целите му трябва да се построят нови помещения, допълнителен щат и да се получи оборудване. Постигнати са значителни резултати: на стените са закачени лозунги, както и призиви да се носят на болните цветя, а на децата – играчки; посадени са 50 борчета навън, преобразени са болничните помещения - поставени са цветя, на пода са постлани меки пътеки, на прозорците са закачени цветни пердета. Персоналът се е приучил да говори с шепот, обезпечен е покой и тишина; по време на следобедния сън се затъмняват прозорците на отделението, отстранява се болничния мирис, пуска се приятна музика. В условията на приложението на лечебно-охранителен режим болните спят без сънотворни 12-13 часа. Водят се специални тетрадки за отчет на съня, като се отбелязват като крива, подобна на температурната. С болните се разговаря за режима, като при беседите се разясняват лечебно-охранителните му свойства. В нощта преди операция и първите денонощия след нея болният получава сънотворна смес от различни комбинации бромиди според типа висша нервна дейност. От януари 1952 г. в болницата е организирано отделение за лечение с условно-рефлекторен сън, оборудвани са 3 помещения. Сънотворни се дават на пациента в първите 2-3 дена според неговия тип нервна дейност, като в качеството на условни дразнителни се използват записани на магнетофон звукови монотонни дразнителни – като шум от дъжд, влак и мигащи зелени светлинки. Особено успешно се използват те за лечение на хипертония и язвена болест, радикулит и други заболявания, като болният прекарва 14 – 18 дни, а сънят е 15-16 часа в денонощие. При заболяване от хипертония спадането на кръвното налягане започва след 4 – 5 дни и се задържа до изписването. Лечебно-охранителният режим се разпространява в цялата Полтавска област.⁴³

От Лвов – Западна Украйна - съобщават, че в детското отделение на болницата лечебно-охранителният режим започва още с приема, като е създаден уют и се поддържа чистота, поставени са гирлянди, играчки и книги. Осигурява се пълна тишина по време на съня и той съдейства за успешното лечение и бързо оздравяване.⁴⁴ Подобна е информацията за приложението на лечебно-охранителен режим от Астрахан⁴⁵, както и от Западна Белорусия.⁴⁶ От Дрогиченски район Д. М. Цернциян съобщава, че борбата за образцово обслужване на населението започва с преустройството на лечебно-профилактичната работа на основата на физиологичното учение на Иван Пет-

рович Павлов. С новия режим се осигурява необходимият покой, удобство и уют в помещенията, провеждат се беседи с болните, а с персонала се водят занятия за учението на Павлов.⁴⁷

През 1954 г. отчетите за приложението на лечебно-охранителния режим стават все по-еднотипни. В статия за културата на обслужването на болните, О. Д. Колибина подчертава колко много труд влагат сестрите в оформянето на отделенията в болницата, в създаването на уют и тишина, в осигуряването на нормален и удължен сън на болните за създаването на равновесие на тяхната висша нервна дейност.⁴⁸ За съхраняването на нервната система и покоя на пациента, се препоръчва употребата на тънки игли за инжекции, провеждането на беседи с обяснения, избягване на небрежно отношение и т.н.⁴⁹ В Уляновск група от 115 медсестри продължават да изучават учението на Павлов и сънната терапия. От Киев, Днепропетровск и Тулска област съобщават, че прилагат Павловското учение във всекидневната си работа.⁵⁰ Вдъхновени от него, сестрите са организирали благоустройството на болницата и поликлиниката, посадени са 10 000 цветя, както и тополи, работи се за уют в болничните помещения и кабинетите.⁵¹

В България

Приложението на почина на Макаровската болница в България като част от внедряването на решенията на Павловската сесия в Москва от 1950 г., заслужава отделно проучване. Изложението тук се ограничава само с кратък обзор върху началото на това приложение. Едно цялостно изследване трябва да се постави в контекста на заварените условия на здравната система и медицинското образование, на унаследените практики в здравните заведения, както и в контекста на общия процес на съветизация на работата на медицинските институции в страната. Този процес започва в края на 1940-те години, преминава през разгрома на генетиката в България и продължава в началото на 1950-те години. През октомври 1950 г. в София пристига съветска делегация, която да запознае българските си колеги с наскоро проведената в Москва Павловска сесия. По съветски образец и в София е създаден Павловски комитет. Започва подготовката на научна сесия за състоянието на медицинската наука и практика в светлината на Павловското учение, която се свиква в края на 1951 г. По същото време, през декември 1951 г. в София е въведена съветската номенклатура на болестите и причините за смъртта (Големанова, Жана, 1987, с. 177). От началото на 1951 г. започват курсове на т. нар. Павловски семинар за всички професори, преподаватели и студенти в Медицинска академия.⁵² Висшият медицински институт в Пловдив е наименуван на Иван Петрович Павлов. В Москва са изпратени докторанти, които да изучат приложението на сънната терапия, през 1952 г. д-р Владимир Иванов защитава дисертация по тази тема и след това става един от ръководителите на психиатричната помощ у нас.⁵³ По съветски образец се провеждат сестрински конфе-

ренции, на които се обсъжда и Павловото учение. Лекари и сестри дават индивидуални обещания да изучат трудовете на учения - физиолог.

Павловската сесия в София от декември 1951 г. отделя сериозно внимание на практическото приложение на Павловското учение в лечебните заведения. Второто заседание на сесията е посветено на „Лечебно-профилактичната помощ у нас в светлината на Павловото учение“. Критично се констатира, че „...лечението на болните в нашата медицинска практика е почти напълно откъснато от основните положения на Павловото учение“⁵⁴ Поставят се задачите за приложение на лечението със сън и за обезболяване на раждането, отличени са онези, които вече успешно прилагат Павловските методи.⁵⁵ В духа на самокритиката, министърът на народното здраве д-р Петър Коларов признава пред сесията, че „...Ние още не познаваме добре великото Павловско учение, така да се каже се намираме още в първоначалното павловско училище. По много въпроси нашите изказвания, лекции, докладите, публикациите и прочие, все още имат грубо декларативен и повърхностен характер. В известно отношение дори съществува сериозна опасност от вулгаризиране и опростяване на Павловското учение у нас. Такъв е основният извод, който ръководството на МНЗСГ счита, че може да се направи и от настоящата сесия.“⁵⁶ Наред с това министърът подчертава, че „...В светлината на опита на Макаровската районна болница изтъква ярко огромното значение за преустройството на лечебната работа в павловски дух на непосредната среда, заобикаляща болния и практическото значение на втората сигнална система.“⁵⁷

Опитът на Макаровската болница се изтъква и от проф. Цветан Кристианов, завърнал се от СССР политемигрант, който играе съществена роля по внедряването на Павловското учение в България и в дейност на Павловския комитет. Той подчертава главно въвеждането на тишината в болничния режим и премахването на клюкарските разговори.⁵⁸ Д-р Вадим Иваней, началник на акушеро-гинекологичното отделение при Околийската болница – Свишов, награден за приложението на опита на безболезненото раждане, също е вдъхновен от макаровския почин: „Пред нас стоеше опитът на Макаровската болница в Съветския съюз и той ни поддържаше в тежките минути. Изхождайки от учението на Павлов и пряко от опита на макаровци, ние започнахме борба с всички външни дразнители. Най-тежкото беше персоналетът да свикне да говори шепнешком.“ И по-нататък по внедряването на павловските методи: „...останахме с впечатлението, че бром-кофеиновата комбинация е добро лечебно средство, но срещнахме трудности с дозировката на лекарствата, която дозировка трябва да бъде индивидуална – съобразно типа нервна система и не винаги е лесно определяема.“⁵⁹

Краткият поглед върху началото на приложението на решенията на сесията на двете академии в Москва показва как ресорното министерство, както и научните институции пригаждат работата си към съветския модел. Те се

подчиняват на наложената линия да усвоят основните, утвърдени в СССР, методи и техники на лечение.

Заклучение

В своите спомени като психотерапевт от началото на 1950-те години⁶⁰, съветският учен и психиатър Я. Н. Воробейчик дава положителна оценка на починът на Макаровската болница, като подчертава, че основният стремеж на лечебно-охранителният режим е бил чрез продължителен сън да се достигне предпазно задържане. Като важен положителен момент той посочва и интензивните изследвания върху приложението на сънотворни препарати и изводите, които са били направени от тези изследвания, повишаването на деонтологическата култура, както и допълнителните средства, инвестирани за ремонти и оборудване на помещенията.⁶¹ Като основен недостатък той вижда въвеждането на шепотния режим.

От спомените му се вижда, че голяма част от психотерапевтите не успяват да развият критично отношение към приложението на концепцията на „предпазното задържане“, приемат я безусловно, а доколкото се среща критика, тя се ограничава само с недоволство от въвеждането на шепотната реч в болниците.

Измежду много малкото примери на критично отношение към основополагащата идея на „предпазното задържане“, която предизвиква преустройството на работата на лечебните заведения в началото на 1950-те години е позицията на харковския психотерапевт И. З. Велвовский, който през 1952 г. излиза с критична статия във в. „Врачебное дело“. Статията е озаглавена „Вторият принцип на терапията по И. П. Павлов“. В нея авторът показва, че противопоставянето на предпазния режим на активизиращите методи на лечение не е продуктивно, и така също, не е базирано правилно върху схващанията на Павлов. Позовавайки се на Велвовский и неговата критика към „предпазното задържане“, в книгата си „Медицинска психология“, А. Л. Гройсман подчертава по-късно, че едностранчивостта на „задържащата“ методика днес предизвиква възражения, особено във връзка с изключително силното увеличение на приложението на сънотворните средства. При това – пише той – възниква опасността от прекалена пасификация на пациентите, при което болниците не проявяват при изписването им от болницата необходимото противодействие, поради възникналите навици на изкуствено създадените „парникови“ условия в лечебно-профилактичните учреждения. Обстоятелствата на реалния живот поставят съвсем различни изисквания към тях, адаптацията към които изисква лечебно-активизиращ режим, на който се противопоставя „предпазния“.⁶²

Тази критика разкрива не само идеята на режима за „завоюването на тишината“ в нейната утопична същност, но и самото „предпазно задържане“ като резултат на неправилна интерпретация на възгледите на Павлов. Но до

голяма степен именно медицинската и физиологическа реторика на лечебно-охранителния режим с магията на термините „предпазно задържане“, „застойни огнища на възбуждане“, „единство на организма и средата“, дават на властта подходящ пропаганден ключ, който спомага за умиротворяване на пациентите и дисциплиниране на персонала.

Въвеждането на лечебно-охранителния режим като масова практика става изцяло по административен път в хода на широко организирана пропаганда не само в медицинските среди, но и сред обществеността. Тази пропаганда трябва да убеди хората, че този режим е медицинско постижение на съветските лекари и сестри, базирано на научна теория, която открива нова страница в лечебните възможности на медицината. Въвеждането му повдига редица въпроси на деонтологията, но тези въпроси не са дискутирани, въпреки отделни самотни критични гласове.

В утопията на тишината, инициаторът на преустройството на болничния ред д-р Павел Бейлин вижда алтернатива на външния свят с неговите недостойни прояви на агресия, шумове и дразнителни. Той иска спокойствие и повече красота в болничната обстановка, но търси осъществяването им в логиката на Павловското учение. Така проблемите от областта на етиката се оказват осмислени с термините на физиологията и висшата нервна дейност.

Целебните възможности на тишината, въведена от Бейлин в Макарово, се оказват спорни и съмнителни, а преповтарянето им в болниците се превръща в поредната пропагандна кампания и имитация на преустройство на работата. При това лечебно-охранителният режим, утвърден с вярата в предпазното задържане и премахването на негативните фактори, е винаги в тясна връзка с широкото приложение на сънната терапия в съветските здравни заведения, а след това и в страните от Източния блок. Чрез режима се увеличава времето за сън в болници и санаториуми, а сънят на пациентите става предмет на проследяване и контрол от страна на персонала. Винаги поставен във връзка с лечението чрез сън, този ред разтваря опасния път за употреба и злоупотреба на сънотворни медикаменти в практиката. Като убеждава лекари, сестри и пациенти в правилната материалистическа природа и високата научност на лечебно-охранителния режим, пропагандата осуетява изразяването на собствено мнение и критично отношение и подготвя персонала за безусловното приложение на опита на Макаровската болница.

Библиография:

Гальперин, Е., Музыченко, А. П., Подольный, С. А., 1953. Лечебно-охранительный режим в больнице, под ред. Н. А. Виноградова., М. [Gal'perin, E., Muzychenko, A. P., Podol'nyy, S.A. Lechebno-okhranitel'nyy rezhim v bol'nitse, pod red. N. A. Vinogradova., M., 1953.]

Гамбарян Л. С. и Сазонтов В. И., 1952. Некоторые методы внедрения учения И. П. Павлова в практическую медицину, Ленинград, Медгиз. [Gambaryan L.S. i Sa-

zontov V. I., Nekotoryye metody vnedreniya ucheniya I. P. Pavlova v prakticheskuyu meditsinu, Leningrad, Medgiz, 1952.]

Големанова, Жана, 1987. Изграждане основите на социалистическото здравеопазване в България, С. [Golemanova, Zhana, Izgrazhdane osnovite na sotsialisticheskoto zdraveopazvane v Bulgariya, S., 1987.]

Майоров, Ф. П., 1951. Физиологическая теория сновидения, М. [Mayorov, F. P. Fiziologicheskaya teoriya snovideniya, M., 1951.]

Попова, Кристина, 2016. Висшата нервна дейност на социализма. Революционното приложение на една кучешка слюнка в: Даниела Колева (Съст.), Тялото при социализма: режими и репрезентации. София: Рива. [Kristina Popova, Visshata nervna deynost na sotsializma. Revolyutsionното prilozheniye na yedna kucheshka slyunka v: Daniyela Koleva (Ed.), Tyaloto pri sotsializma: rezhimi i reprezentatsii. Sofiya, 2016]

Сонин, А. С., 2014. Борьба с космополитизмом в советской науке, М., 2011; [Sonin, A. S. Bor'ba s kosmopolitizmom v sovetskoj nauke, M., 2011]

Цветашева, Нина, 1999. Влияние августовской сесии ВАХХНИЛ на педагогике, Владимир. [Tsvetayeva, Nina. Vliyaniye avgustovskoy sesii VASKHNIL na pedagogike, Vladimir, 1999.]

Чернышева, Ольга О., 2014. Государство и идеология 1946 - 1953 (По материалам Ставрополя), Ставрополь. [Chernysheva, Ol'ga O. Gosudarstvo i ideologiya 1946 - 1953 (Po materialam Satvopol'ya), Stavropol' 2014]

¹ ВАХСНИЛ – Всесъюзна академия на селскостопанските науки на името на Ленин

² Третият момент е разработването на методиката на т. нар. безболезнено раждане, което не е предмет на настоящата статия.

³ Вж. Общие основы терапии внутренних болезней, под ред. проф. В. Г. Вогралика и доц. Н. Н. Иорданского, Горький, 1961 г. , <http://www.detskiysad.ru/womanlaw/osnova.html>

⁴ Пак там.

⁵ Вж. книгата на Л. С. Гамбарян и В. И. Сазонтов, Некоторые методы внедрения учения И. П. Павлова в практическую медицину, Ленинград, Медгиз, 1952. Книгата е издадена в тираж от 5000 екземпляра. Преди тази книга Гамбарян и Сазонтов имат и друга публикация за опита на Макаровската болница във вестник Медицинский работник /1951, 95/, който най-пряко изразява официалната политика на властта в областта на здравното дело.

⁶ Павел Бейлин /1910-1988/, лекар, писател, участник във Втората световна война като военен хирург, през 1960-те години научен ръководител на Киевска болница №1.

⁷ П. Бейлин, Охранительный лечебный режим, Мед. Работник, 1951, бр. 965, 966, 968.

⁸ П. Бейлин, Самое дорогое, Записки врача Макаровской больницы, 1956. Същият , Большая семья, 1952.

⁹ Ю. Виленский, Война и мир Павла Бейлина; <http://jew-observer.com/lica/vojna-i-mir-pavla-bejlina/>

¹⁰ Текстът на беседата е публикуван в книгата: П. Е. Бейлин, Беседа об охранительно-лечебном режиме, в: Гамбарян и Сазонтов, пос. съч. с.28-29.

¹¹ На тази практика е посветена и статия на П. Бейлин във в. „Врачебное дело“, 2, 138, 1951г. Той пише, че в Макаровската болница персоналт се стареа да намали сънотворните, като увеличават условно-рефлекторния сън. „Болните се събуждаха бодри, пише той, с ясен поглед, не замаяни. Не се олюляваха, не наблюдавахме повече патологични изменения в урината, кръвта, както при болните след фармакологичния сън.“ Публикуван е и режимът в отделенията, където се провежда сънна терапия/с.40/, като от него се вижда, че сънотворните се приемат три път на ден, придружени от условни дразнители, предизвикващи сън. Колективът на болницата прилага сънна терапия при лечение на язва, ерозия на шийката на матката, бронхиална астма, възпалителни процеси, като според Бейлин границата на приложение могат да се разширят значително. Цитират се данни от доклада на П. Бейлин на Шестата сесия на Научния съвет по проблемите на физиологичното учение на И.П. Павлов /с.41/.

¹² В книгата се посочват и грешки при приложението на лечебно-охранителния режим и сънната терапия. Не винаги успешно може да се постигне условнорефлекторен сън. Например един пациент, болен от язва, на когото, за да се унесе в сън, пускали шум от дъжд, вместо да заспи, получавал от дъждовния звук пристъп на ревматични болки и се наложило да го преместят в друго помещение. Друга слабост освен тази, е, че контролът на продължителността на съня на пациентите не се смятал за сигурен. Тази продължителност се контролира с наблюдение, докато най-сигурният начин според авторите е актографският метод, разработен в Москва от проф. Ф. П. Майоров /Ф. П. Майоров, Физиологическая теория сновидения, М., 1951/. Липсват също и достатъчно връзки на работата в болницата с научни институции, както и работа по типологизиране на болните според типа висша нервна дейност. Цитира се в литературата и статията на А. Шипов, Несколько возржений, МР, 2, 1951.

¹³ Книгата е издадена в тираж 10 000 екземпляра.

¹⁴ П. П. Обнорский, Опыт проведения лечебно-охранительного режима в больнице № 34 /Москва/, Медицинская сестра, 1953, кн. 4, с. 7-11. Той посочва, че на Павловската сесия на академията на науките на СССР са били представени докладите на две районни болници – Макаровската и болница № 34 – Москва с цел да се запознаят другите с техния опит по внедряването на Павловското учение в практиката. Академик Биков също е одобрил тази инициатива и Болница №34 вече две години работи за утвърждаването на лечебно-охранителния режим.

¹⁵ П. П. Обнорский, Опыт проведения лечебно-охранительного режима в больнице № 34 /Москва/, Медицинская сестра, 1953, кн. 4, с. 7-11.

¹⁶ Пак там.

¹⁷ А. С. Кушнир, рецензия на книгата на Р. М. Шапиро, Основы общего ухода за больными, Медгиз, 1951, 197с., Медицинская сестра, 1952, кн.2, с.29-31.

¹⁸ Д. В. Мессель (Москва), Некоторые основные положения физиологического учения И. П. Павлова, Медицинская сестра, 3/1952, с.8-10.

¹⁹ За дальнейший расцвет советской физиологии /уводна/, Медицинская сестра, кн.8, август 1950 г., с.3-7

²⁰ А. П. Карбовская, Ховринская областная больница, Неврозы сердечно-сосудистой системы, Медицинская сестра, 1950, кн. 11, с. 11-14.

- ²¹ Е. С. Милитарева, Гипертоническая болезнь, Медицинская сестра, 1951, кн. 2, с.3-5; М. с. Г. И. Егорова, Некоторые вопросы ухода за больными гипертонией, 1951, кн.2, с. 26-27.
- ²² Ст.м.с. А. С. Степченко, Слово- как лечебный фактор, Медицинская сестра 1951, кн. 5, с. 22-24.
- ²³ Пак там.
- ²⁴ ст.м.с. Н. Л. Бедкер, Как должны работать медицинские сестры хирургический отделений, Медицинская сестра, кн. 6, с. 24-27.
- ²⁵ Пак там.
- ²⁶ Т. А. Невзорова, из 1-й Московской городской психиатрической больницы, Роль медицинской сестры в проведении лечения длительным сном, Медицинская сестра, 1951, 12, с. 19-24.
- ²⁷ Ст.м.с. Т. Д. Быстрова, Режим детской больницы и работа медицинской сестры в свете Павловского учения, Медицинская сестра, 1952, кн. 1, с. 24-26.
- ²⁸ Пак там.
- ²⁹ Пак там.
- ³⁰ Пак там.
- ³¹ Е. Г. Свечина, Ленинград, Новое в работе медицинских сестер в области физиотерапии, Медицинская сестра, 1952, кн. 9, с. 22-24.
- ³² Пак там.
- ³³ В. И. Дмитриева, Председатель Горьковского обкома профсоюза медицинских работников, О политико-воспитательной работе среди медицинских сестер, Медицинская сестра, кн. 7, 1952, с. 3-7.
- ³⁴ Пак там.
- ³⁵ Е. Г. Свечина, Ленинград, Новое в работе медицинских сестер в области физиотерапии, Медицинская сестра, 1952, кн. 9, с. 22-24.
- ³⁶ А. П. Левченко, Конференция медицинских сестер, посвященная изучению трудов И.П.Павлова, Медицинская сестра, кн. 3, 1952, с. 27.
- ³⁷ Пак там.
- ³⁸ З. А. Гринберг, Кемерово, Общебольничный совет медицинских сестер , Медицинская сестра, 1952, Кн. 10, с. 31-32.
- ³⁹ Е. Г. Миц, Председатель Совета сестер объединения детской больницы города Жданова, Опыт по проведению научно-практических конференций медицинских сестер; кн. 3, с. 20, Медицинская сестра, 1953, кн. 2, с. 25-26.
- ⁴⁰ Е. С. Брусиловский и ст. сестра Е. М. Грабина, Киев, Роль медицинской сестры при проведении условнорефлекторной терапии, Медицинская сестра, кн. 4, с. 18-20.
- ⁴¹ Пак там; Вж. сычо в. Мед. Работник, № 24, 8 апрель 1951.
- ⁴² И. И. Сперанский, Гипертоническая болезнь в свете учение И. П. Павлова, Медицинская сестра, 1953, кн. 7, с. 3 -7.
- ⁴³ Главный врач Г. П. Сукач, Опыт организации лечебно-охранительного режима в золотоношской районной больнице, Золотоноша, Полтавской обл., Медицинская сестра, 1953, кн.11, с.19-24.
- ⁴⁴ Ст. Мед. Сестра А. Д. Тарасова, Львов, Лечебно-охранительный режим в детском отделении больницы /опыт работы Львовской областной клинической больницы ОХМД/, Медицинская сестра, 1953, кн. 11, с. 25-28.

- ⁴⁵ М. с. Р. П. Лебедева, Астрахан, О работе совета сестер, Медицинская сестра, кн. 12, 1953, с. 23-24.
- ⁴⁶ Д. М. Церенциан, На страже здоровья, Медицинская сестра, кн.12, 1953, с.24-26.
- ⁴⁷ Пак там.
- ⁴⁸ О. Д. Колыбина, О культуре обслуживания больного, 21 – 24, Медицинская сестра, 1954, кн. 2, с. 21-24.
- ⁴⁹ С. А. Сергиевский, Центр. Институт ус. вр. Москва – Роль медицинской сестры в охранительном режиме больных, Медицинская сестра, кн. 4, 1954, с. 23-26.
- ⁵⁰ Медицинская сестра, Хроника, Кн. 9, 1954, с. 31.
- ⁵¹ Медицинская сестра, Хроника, Кн. 9, 1954, с. 31.
- ⁵² Д-р Веселин Петков, Великото дело на Иван П. Павлов – из доклада, изнесен на 6.2. 1951 при откриване на Павловския лекционен курс със семинар при Медицинската академия В. Червенков – София Съвременна медицина, 1951, кн. 3, с. 3-13.
- ⁵³ В. Иванов, Сънна терапия при някои психози“. Автореферат на дисертация; София, 1952 г.
- ⁵⁴ Вж. Научна сесия по състоянието на нашата медицинска наука и практика в светлината на Павловото учение, сп. Съвременна медицина, 1952, кн.2, с. 3 – 68.
- ⁵⁵ Пак там, с. 62-88.
- ⁵⁶ Цит. по Велко Македонски, Павловската сесия в България през 1951 г., Списание на БАН „Известия на медицинските институти, кн. 4 и 5, 1951, с. 352-359.
- ⁵⁷ Сп. Съвременна медицина, пос. книжка.
- ⁵⁸ В. Македонски, цит. статия.
- ⁵⁹ Съвременна медицина, пос. книжка.
- ⁶⁰ Я. Н. Воробейчик, О роли личной истории психотерапевтов в исследовании истории психотерапии, <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=70566>
- ⁶¹ Пак там.
- ⁶² А. Л. Гройсман, Медицинская психология, http://sportstranica.ru/razdel6/96_Nedicinskaya-psihologiya-page102.html