

Козак О.Д.

Кандидат історичних наук, старший науковий співробітник  
Інститут археології НАН України

## ДЕЯКІ ОСТЕОБІОГРАФІЧНІ РИСИ ДО ПОРТРЕТА КИЇВСЬКОГО ГУБЕРНАТОРА

Основним завданням палеопатології — науки про захворювання у давні часи, є пошук остеобіографічних фактів, які стосуються фізичного життя й здоров'я окремої людини, невеликих груп людей, мешканців одного міста, села чи країни, або цілих народів. Під терміном “остеобіографія” ми розуміємо зв'язані або дискретні факти життєвого шляху, що “записані” у кістковій тканині людини.

Як відомо, досить багато патологічних станів, як і нормальних фізіологічних процесів, залишають сліди у будові й структурі кісток скелета людини. Кістка — це дуже лабільна структура, яка постійно перебудовується. На процеси руйнування та побудови, що постійно проходять у кістковій тканині, впливають функціональні, професійні навантаження, вік, стан гормональної системи тощо<sup>1</sup>. Найчастіше можна зафіксувати наслідки хронічних захворювань самої кістки (травми, інфекції кісткової тканини) або тих органів чи тканин, які знаходяться в прямому контакті з кісткою, таких як: періост (окістя), ендост, кістковий мозок, суглоби, м'язи, слизові оболонки пазух черепа, мозкові оболонки, плевра, іноді лімфатичні та кровоносні судини. На морфологію кісток впливають і системні патологічні стани (різного роду ендокринні, інфекційні або токсичні захворювання).

Реконструкції фактів в палеопатології базуються на дослідженні внутрішньої та зовнішньої будови кісток, на вивченні поширення та інтенсивності слідів патологічних процесів, реакції на них, вікових змін, а також інтенсивності прояву ознак, які є наслідками фізичних навантажень на певні відділи скелета.

Стандартна схема дослідження патології на скелеті<sup>2</sup> включає, окрім аналізу дегенеративних змін суглобів, розвитку м'язового рельєфу і поширення травм, дослідження слідів патології на кістках черепа, зубної патології, захворювань хребта, неспецифічних і специфічних інфекцій та інших хвороб.

Звичайна ситуація в роботі палеопатолога — відокремленість біологічного від історичного дослідження, коли більшість реконструкцій доводиться робити “всліпу”, і єдиним джерелом соціально-культурних та біографічних відомостей про людину (чи групу населення) є власні антропологічні дослідження. Тому великою вдачею є знахідка індивідуалізованих поховань, кістяків чи решток людей, умови життя та саме життя яких відоме<sup>3</sup>.

З іншого боку, таке дослідження супроводжують певні етичні проблеми, оскільки, окрім персоніфікованого підходу до решток досліджуваного, іноді при вивченні кістяка виявляються факти, які, ймовірно, сама людина, її оточення та потомки намагалися приховати.

Подібна ситуація виникла й перед нами. Проте необхідність у сумлінному підході до наукових результатів, не дивлячись на делікатність теми, вимагає, на нашу думку, цієї публікації.

З початку хотілося б відзначити, що будь-яка людина за своє життя може припуститися помилок і недобрим ділом є осудження ближнього за такі помилки або їхні наслідки. У даному випадку зазначу, що чоловік, рештки якого ми досліджували, своїми стражданнями наприкінці життя спокутував усі скоєні чи не скоєні ним гріхи, а його хвороба була настільки розповсюдженою у часи його молодості, наскільки часто сьогодні трапляється ОРЗ, і ставлення до неї в культурі кінця XV — початку XVIII ст. значно відрізнялось від сьогоденного.

У 2006 р. при розкопках Арсеналу в Києві, а саме на території колишнього Вознесенської церкви було відкрито склеп з іменною плитою. Як згадано у статті С.А. Балакіна та Г.Ю. Івакіна в цьому збірнику<sup>4</sup>, надпис на плиті свідчив про те, що у склепі поховано губернатора Києва Сукіна С.І., який помер 24 травня 1740 р. у віці 57 років.

При відкритті склепу, у ньому знайдено скелет досить поганої збереженості, який було доправлено для антропологічного дослідження.

На основі даних, отриманих при дослідженні кісткових решток, ми спробуємо відтворити деякі фізичні риси одного з київських губернаторів XVIII ст., а також співставити сліди на кістках з подіями, які мали місце в житті генерал-майора Семена Івановича Сукіна.

#### Антропологічне дослідження скелета

**Збереженість кістяка.** У склепі знайдено відносно погано збережений скелет (іл. 1). Кістки мали коричневий колір, подекуди значно пошкоджені грибок, про що свідчать плями чорного, білого та фіолетового (чорвильного) кольору. Череп майже повністю зруйновано посмертно, залишилися лише окремі кістки основи черепа, ліва скронева кістка, а також верхня і нижня щелепи. Найявні більшість хребців (за виключенням 10 грудного, 2-5 поперекових і частини крижів), ребра та грудина. Окрім цього, знайдено також цілу під'язикову кістку та частину осифікованої пластинки щитоподібного хряща. Фрагментовано збереглися лопатки, тазові кістки, кисті та стопи. Довгі кістки збереглися більш-менш повно, однак вони мають частково зруйновану поверхню посмертно.



Іл. 1. Схема збереженості кістяка зі склепу С.І. Сукіна. Темним кольором позначені наявні кістки

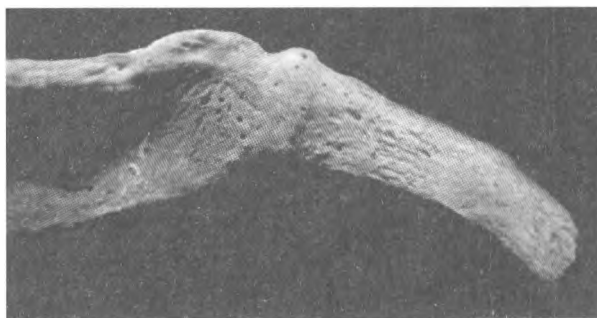
**Визначення статі та віку.** Морфологічні ознаки на збережених фрагментах таза (вузька сіднична вирізка), будова нижньої щелепи та виличної кістки, а також загальна будова скелета відповідає чоловічій статі.

Вік визначити досить складно, оскільки більшість кісток скелета спотворено патологічним процесом. Зуби стерті слабо та помірно. За схемою М. Герасимова<sup>5</sup>, вік за таким станом зубів складає 25-30 років. Однак спрацьованість жувальної поверхні зубів нерівномірна. За схемою Д. Бротвела ступінь оклюзії всіх максиларних, а також першого мандибулярного молярів відповідає віку 25-35 років, а мандибулярних 2 та 3 молярів – віку 35-45 років<sup>6</sup>. На жаль, кістки черепа не збереглися, тому визначити ступінь облітерації черепних швів неможливо.

Стан замикаючої пластинки тіл хребців відповідає відносно молодому віку, однак міжхребцеві та хребцево-реберні суглоби досить сильно змінені, що вказує на посилені навантаження на них впродовж тривалого часу, і, якщо виключити захворювання, на похилий вік чоловіка. Крім того, в нижньогрудних хребцях спостерігаються осифікації жовтої та передньо-бокової зв'язок.

Приростання до тіла під'язикової кістки (геоїда) великих рогів (іл. 2) і осифікація щитоподібного хряща спостерігаються в нормі після 30 років. Значно осифікована хрящева частина перших ребер, таке явище спостерігається після 40-45 років<sup>7</sup>. На вісцеральній поверхні груднини чітко виражені поздовжні тяжі, що свідчать про атрофію зовнішньої пластинки кістки внаслідок вікових змін.

Прижиттєві зміни суглобових поверхонь кісток нижнього пояса кінцівок набагато інтенсивніші, ніж верхнього. Така ситуація об-



Іл. 2. Під'язикова кістка. На ілюстрації видно зрощення із зміщенням одного рогу з тілом геоїда

умовлена дегенеративно-дистрофічними процесами у суглобах (див. нижче), внаслідок вікових змін скелета, а також нерівномірних фізичних навантажень. Поверхня кісток змінена в результаті патологічного процесу, однак у місцях, де сліди запалення періосту відсутні, — кістка також має ознаки старіння. На зрізах великих гомілкових кісток остеопороз відсутній, що може свідчити про біологічну молодість кістки, якщо кінцівку сильно навантажували за життя. Висновок підтверджується і значним розвитком м'язів на кістках ніг та посиленими змінами суглобів. З іншого боку, на поперечному зрізі плечової кістки, нижче дельтоподібної гористості, виявлене розширення медулярної порожнини, а також рівномірний остеопороз у початковій стадії, що може спостерігатися після 50 років або бути наслідком системного патологічного процесу.

Стан збереженої частини вушної поверхні тазових кісток (іл. 3) відповідає віку 50–60 років<sup>8</sup>, хоча відсутність більшої частини клубових кісток та крижів не дозволяє виключити патологічні зміни у крижо-клубовому суглобі, при наявності яких визначення віку за даною ознакою неможливе.

Амплітуда коливань вікових ознак на різних частинах даного скелета викликана різним функціональним навантаженням на окремі частини тіла за життя людини.

Загалом, значення віку смерті, що визначається на даному скелеті, коливається від 45 до 60 років.

### Морфологія скелета та розвиток м'язового рельєфу

Як вже зазначалося, череп було повністю зруйновано, за виключенням щелеп та декіль-

кох уламків основної кістки. Верхня щелепа є досить високою, вузькою та глибокою. Нижня щелепа також вузька, має невисоке тіло, майже прямий кут та відносно широкі й невисокі гілки. При цьому виростки досить малі та вузькі, що відповідає вузьким щелепам. Візуально децю виражений альвеолярний прогнатизм. На жаль, підборіддя зруйноване.

Хребці, ребра та грудина мають невеликі розміри.

Зріст визначався за довжиною правої та лівої плечової кістки і лівого стегна, становив за формулами Е. Брайтенгера — 172,8 см<sup>9</sup>, С. Дюпертьюї та А. Хеддена — 172,6 см<sup>10</sup> або за формулами М. Троттера — 172,4 см<sup>11</sup>. Такий зріст, за рубрикацією Р. Мартіна, є високим<sup>12</sup>. Для епохи його зріст досить високий, але звичайний для соціального прошарку, до якого належав С.І. Сукін.

Плечові кістки помірної довжини, масивні (табл. 1). У поздовжніх розмірах виражена правостороння асиметрія. Широтні розміри, за виключенням окружності середини діалізу, асиметрії не показують. Показник січення плечової кістки, становить 79,2 з правого та лівого боків. Значення є помірним і вказує на розвиток дельтоподібної горбкватості. Масивність ключиці незначна, що обумовлено великою її довжиною та помірним значенням окружності. Ключично-плечовий індекс складає 43,7%, що вказує на відносно вузькі плечі людини<sup>13</sup>.

Кут шийки стегна до довгої осі складає 126° та попадає у межі норми, ширина голівки стегна досить мала для чоловіка (48 мм). Довжина стегнової кістки помірна. Кістка масивна, однак цей показник децю збільшений за рахунок патології діяфізу. Решта розмірів і показників стегнової та гомілкової кісток змінена. Вони не є показовими для визначення морфології скелета завдяки збільшенню товщини діяфізів періостальною реакцією. Колінна чашечка невелика, середньоширока. Кістки стопи (плеснові) досить великі та відповідають зросту.

З м'язового рельєфу слід відзначити розвиток м'язів плеча — реберно-ключичного лігаменту — праворуч ця зв'язка розвивалась рівномірно впродовж життя, ліворуч — була травмована за кілька десятиліть до загибелі, а у місці її прикріплення утворилась ентесопатія.



Іл. 3. Фрагмент аурикулярної поверхні лівої підвздошної (клубової) кістки із значними віковими змінами

Таблиця 1

**Абсолютні розміри та показники кісток посткраніального скелета  
поховання у саркофагу**

	права сторона	ліва сторона		права сторона	ліва сторона
<b>Плечова кістка</b>			<b>Стегнова кістка</b>		
Ширина малого горба	19	-	Кут	-	126
1.Найбільша довжина	-	330	Ширина голівки	-	48
2.Вся довжина	339	333	1.Найбільша довжина	-	467
3.Верхня епіфізарна ширина	48	-	2.Довжина в натуральному стані	-	464
4.Нижня епіфізарна ширина	-	60	21.Виросткова ширина	-	82
Суглобова ширина	46	46	6.Сагітальний діаметр сер. діафізу	-	31
5.Найбільший діам.середини діафізу	24	24	7.Поперечний діам. сер. діафізу	-	33
6.Найменший діам.сер.діафізу	19	19	9.Верхній поперечний діам. діафізу	-	38
7.Найменша окружність діафізу	67	67	10. Верхній сагітальний діам. діафізу	-	33
7a.Окружність середини діафізу	72	70	8.Окружність середини діафізу	-	100
6.5 Показник січення	79,2	79,2	8:2 Показник масивності	-	21,6
7:1 Показн.масивн	-	20,3	6:7 Показник пілястрії	-	93,9
<b>Променева кістка</b>			10:9 Показник платомерії	-	86,8
1.Найбільша довжина	-	-	<b>Велика гомілкорова кістка</b>		
2.Фізіологічна довжина	-	-	16 Медіальна довжина	-	-
4.Поперечний діаметр діафізу	17	-	2.Виростково-таранна довжина	-	-
5.Сагітальний діаметр діафізу	15	-	1a.Найбільша довжина	-	-
3.Найменша окружність діафізу	-	-	1. Загальна довж (лат-мед)	-	-
5.4 Показник січення	88,2	-	5.Найбільша ширина верхн.епіф	-	82
3:2 Показник масивності	-	-	6.Найбільша ширина нижн.епіф	-	52
<b>Ліктьова кістка</b>			8.Сагітальн.діам.рівня сер.діаф.	-	-
1.Найбільша довжина	-	-	8a.Сагітальн.діам.на рівні живильн.отвору.	-	36
2.Фізіологічна довжина	-	-	9.Поперечн.діам.рівня серед.діаф.	-	-
11.Передньо-задній діаметр	-	-	9a.Поперечн.діам.на рівні живильн.отвору..	-	29
12.Поперечний діаметр	-	-	10.Окружність.середини.діаф.	-	-
13.Верхній поперечний діаметр	21	21	10b.Найменша окружність.діаф.	-	-
14.Верхній дорзо-вентр. діаметр	25	26	9a:8a Показник січення	-	80,6
8.Найменша окружність діафізу	-	37	10b:1 Показник масивності	-	-
3:2 Показник масивності	-	-	<b>Patella</b>		
11:12 Показник січення	-	-	Висота	-	47
13:14 Показник платоленії	84	80,8	Ширина	-	43
<b>Ключиця</b>			Товщина	-	21
1.Довжина	148	-	Висотний показчик	-	-
3.Окружність	40	38	Широтний показчик	-	52,4
4.Сагітальний діаметр	14	15	<b>Показники</b>		
5.Вертикальний діаметр	10	10	Ключично-плечовий	43,7	-
5.4 Показчик січення	71,4	66,7	Променево-плечовий	-	-
3:1 Показчик масивності	27,0	-	Гомілково-стегновий	-	-
			Плечо-стегновий	-	71,1
			Променево-гомільковий	-	-
			Інтермембранний показник	-	-

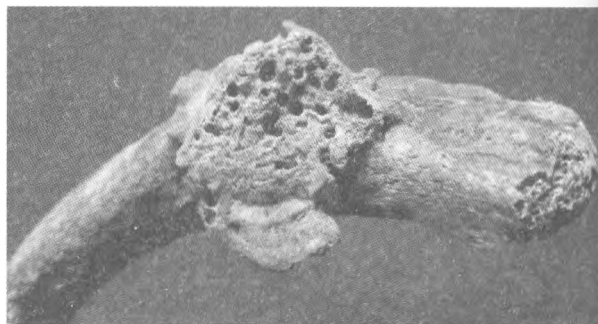
Великий грудний м'яз, який приводить плече до тулуба і повертає руку всередину, розвинений рівномірно та симетрично. Загалом, праворуч більше розвинені м'язи, які повертають плече всередину та відводять його назад, а ліворуч — ті, що розгинають, згинають та супінують (повертають назовні) передпліччя<sup>14</sup>.

Значно розвинені місця прикріплення м'язів на гребені клубової кістки — м'язи черевного преса (зовнішній та внутрішній косі та поперечний м'яз). В останньому місці спостерігається не лише рівномірний розвиток місць прикріплення (що буває, наприклад, при звичній їзді верхи), а й дискретні екзостози (вирости кістки), які могли утворитися при різкому, але тривалому навантаженні на м'язи (можливо, тяжкий кашель). Підтвердженням цієї думки є присутність на ребрах слідів застарілого плевриту (див. нижче).

Що стосується пояса нижніх кінцівок, тут потрібно відзначити набагато сильніший розвиток м'язового рельєфу, в порівнянні з руками. В першу чергу, це стосується сідничних, клубово-поперекового м'язів, двоголового м'язу стегна і привідних м'язів. Функція сідничних м'язів — розгинати гомілку в колінному суглобі та згинати стегно у тазо-стегновому. Зворотну функцію виконує двоголовий м'яз стегна, у той час як привідні м'язи, відповідно до назви, приводять стегно та повертають його назовні<sup>15</sup>. М'язи нижніх кінцівок розвинені симетрично. Судячи з розподілу навантажень на м'язи, чоловік за життя вимушений був багато ходити, а також їздити верхи<sup>16</sup>.

#### Дегенеративно-дистрофічні зміни великих суглобів

Розподіл ступеню спрацьованості суглобів є також індикатором фізичних навантажень на опорно-рухову систему людини.



Іл. 4. Патологія реберно-хребцевого суглоба (9-е ліве ребро)

Як було виявлено дослідженням м'язового рельєфу, найбільші навантаження припадали на нижні кінцівки. Це підтвердилось і дослідженням артропатії (табл. 2).

З невеликих суглобів найбільш постраждалими є реберно-хребцеві суглоби (іл. 4), які мають крайові розростання (задні суглобові поверхні ребер) та деструкцію суглобових поверхонь (передні — на хребцях) вздовж 2-11 ребер, справа набагато більше ніж зліва. Це явище обумовлене більшими навантаженнями на праве плече, внаслідок чого спостерігається незначне викривлення хребта. Грудинно-ключичний суглоб розширений, має сліди осифікації суглобової сумки. Його поверхня пориста, з лівого боку має новоутворення. Суглобова поверхня зліва, більше, ніж справа, загинається вперед та вниз. Можливо, таке явище викликане рухами, при яких плечі з навантаженням піднімаються та заводяться вперед. Подібні зміни досить часто зустрічаються у чоловіків, похованих на території Арсеналу. Не виключено, що вони пов'язані з певними військовими спеціальностями. Цими рухами, ймовірно, обумовлені й зміни у реберно-ключичному лігаменті.

Таблиця 2

Балова оцінка змін суглобів  
(бали визначені за схемою Schultz, 1988)

Суглоб	Права сторона	Ліва сторона
Плечовий	1	1
Ліктьовий	1,5	1
Проксимальний променево-ліктьовий	1	2
Дистальний променево-ліктьовий	/	1
Кисть	/	2
Тазостегновий	2	3
Колінний	3	5
Проксимальний гомілкостопний	4	4
Дистальний гомілкостопний	3	/

Сліди артриту зафіксовано у ключично-акроміальному суглобі. Такі зміни, разом з розвитком місця прикріплення дельтоподібного м'язу, Л. Капассо пов'язує з киданням тяжких предметів (рух — викидання навантаженої руки вперед)<sup>17</sup>.

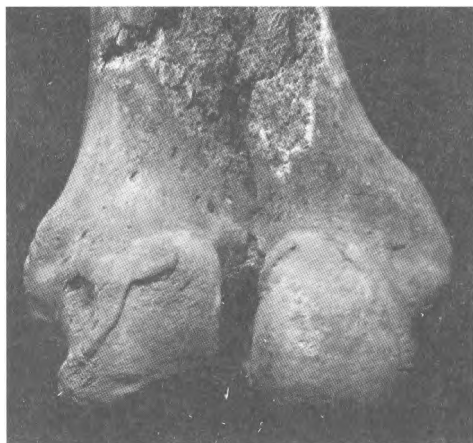
Навантаження на грудну клітку залишили й інші сліди на кістках, зокрема це осифікація хряща мечоподібного виростка та хрящів, які з'єднують ребра з грудиною, а також початкова стадія періартриту плечового суглоба.

У правій кисті відзначимо травму у суглобі другого пальця з утворенням додаткової суглобової площадки та вторинним артритом (можливо, внаслідок забою пальця), а також загоснений гвинтоподібний перелом четвертої лівої плеснової кістки із зміщенням (іл. 5). Такі переломи зафіксовані внаслідок невеликого катання на санях ("той, хто спускається на санях і тримається руками за краї їхні при перекиданні санок отримує забій в руку..." і навіть може не помітити перелом; найбільшою проблемою при таких травмах для людини є біль в пальцях та садно). Іншою причиною цього перелому може бути "тримання руками за сидіння екіпажу". Їх отримують також у зв'язку з "дружніми жартами": відгинанням або скручуванням пальців<sup>18</sup>.

Що стосується суглобів нижніх кінцівок, значні навантаження попадали на лівий колінний (іл. 6) (дещо менше — правий) та обидва гомілкоstopні суглоби (табл. 2).



Іл. 5. Кістки п'ясти лівої руки (2–4 промінь). Загоснений гвинтоподібний перелом 4-ї лівої плеснової кістки із зміщенням позначено стрілкою



Іл. 6. Артроз лівого колінного суглоба. Паталогічні зміни виростків стегнової кістки

У зв'язку з навантаженнями на ногах можна відзначити т.з. "фасетку Пурье" та "східну фасетку". Обидві мають досить сильні артрозні зміни та маркують надмірне згинання ніг, наприклад, при сидінні навпочіпки, або, можливо, при певній верховій посадці. Фасетка на стегні є, можливо, епігенетичною ознакою, однак артрозні зміни на ній можуть з'явитися лише при екстремальній гіперфлексії при приведенні стегна, коли край вертлюжної западини стикається із шийкою стегна. Так само пояснюються зміни на передній поверхні дистального епіфізу великої гомілкової кістки ("східна фасетка"), яка при гіперфлексії стопи стикається з поверхнею таранної кістки<sup>19</sup>.

Потрібно відзначити слабку осифікацію хрестоподібної зв'язки в колінному суглобі ліворуч та осифікацію ахілового сухожилля на п'ятковій кістці. Обидві ці ознаки маркують навантаження на дистальні сегменти ніг.

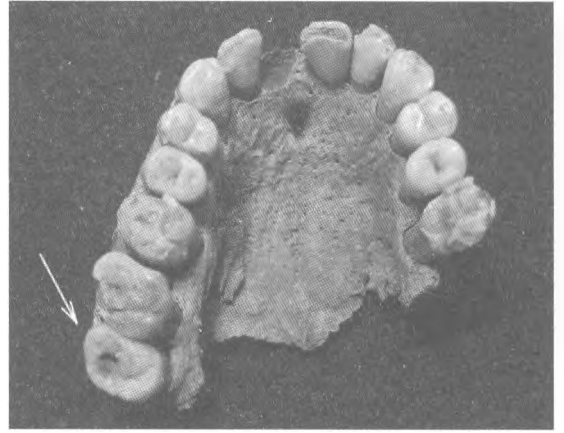
На суглобових поверхнях стоп, перш за все плеснових кісток, спостерігаються значні ступені артрозних змін. Це стосується, зокрема, першої лівої плеснової кістки, дистально на якій екстремально розвинені крайові розростання та деструктивні зміни країв суглоба. Подібні зміни зафіксовано і на першій основній фаланзі лівої ноги.

**Сліди захворювань, знайдені на кістках**

Часто помилкою у "прочитанні" патології є сприйняття хвороби як кінцевого результату життя. Тобто, багато хто вважає, що всі хвороби, сліди яких фіксуються на кістках, мали місце одночасно у момент смерті люди-

ни. Таке розуміння виходить, можливо, із сприйняття життя давньої людини як одного дискретного моменту історії. На тлі великих проміжків часу, які відділяють нас від досліджуваних особистостей, їхнє життя стискається до одного епізоду, однієї миті. Тому громіздкий перелік хвороб, що приводиться як результат дослідження для кожного описуваного скелета, викликає недовіру до науки й до самого дослідника. Насправді, за роки свого життя людина багато разів страждає різними хворобами, іноді навіть не надаючи особливої уваги певним змінам в організмі. Численні хвороби впливають на кісткову тканину — дуже гнучке й одночасно стійке утворення. Навіть незначні зміни у внутрішньому або зовнішньому середовищі організму, зокрема захворювання, можуть вплинути на її будову. Однак, у той час як зовнішні впливи або симптоми хвороб досить швидко зникають, сліди цих змін, завдяки стійкості та міцності кістки, залишаються до загибелі організму і навіть набагато довше. Тобто, структура кісткової тканини може слугувати своєрідним літописом фізичного життя людини й відображати зміни, які відбулися в її організмі впродовж існування у будь-який його момент — від народження (навіть раніше) до моменту смерті (і пізніше).

Звернемося спочатку до стану зубної системи у досліджуваному похованні. Як вже зазначалося, зуби стерті досить слабо та нерівномірно (іл. 7). Найбільш спрацьовані збережені різці лівої сторони. З лівого боку ступінь оклюзії загалом дещо більша ніж з правого. Очевидно, що чоловік декілька років жував переважно на лівій стороні. Причиною був оклюзивний карієс правих третіх молярів (зуб

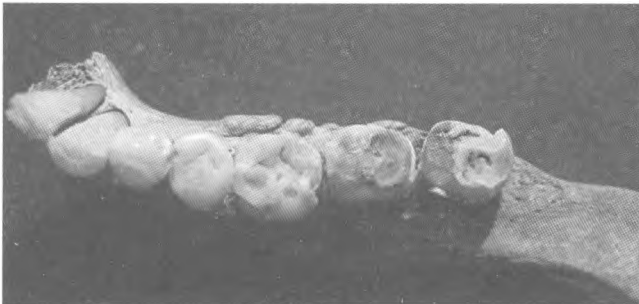


Іл. 8. Верхня щелепа. Стрілкою показаний каріозний отвір на оклюзивній поверхні третього правого моляру

18 і 48), що спричинював біль при накушуванні (іл. 8). Крім того, він, ймовірно, спричинив і запалення в тканинах навколо зуба, завдяки чому утворилася зубна кишенька. Точковий карієс знайдено також на правих премолярах верхньої щелепи (14 та 15). Зубний камінь зафіксовано на зубах нижньої щелепи. Однак, ступінь його невелика. Окрім недостатньої гігієни, можливо, під час бойових дій у Північній війні, утворення зубного каменю могло бути спричинене певними патологічними змінами обміну речовин.

На верхній та нижній щелепах спостерігаються наслідки помірного пародонтиту (іл. 9) — запалення тканин навколо зуба. Крім того, з внутрішньої сторони тіла нижньої щелепи розвинений так званий *torus mandibularis* (іл. 7, 9). Цю ознаку розцінюють як епігенетичний маркер<sup>20</sup>, професійний маркер<sup>21</sup> або як доброякісну пухлину внаслідок хронічного запалення<sup>22</sup>.

У пазухах лицьового відділу черепа спостерігаються сліди хронічного та вилікуваного за-



Іл. 7. Ліва нижня щелепа.  
Помітна незначна стертість зубів та невеликий *Torus mandibularis* в області молярів



Іл. 9. Сліди пародонтиту на нижній щелепі.  
Тут також помітний розвиток *Torus mandibularis*



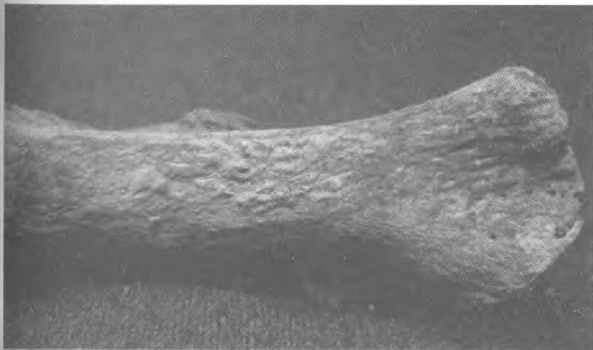


Іл. 10. Наслідки хронічного гаймориту в лівій верхньощелепів пазусі

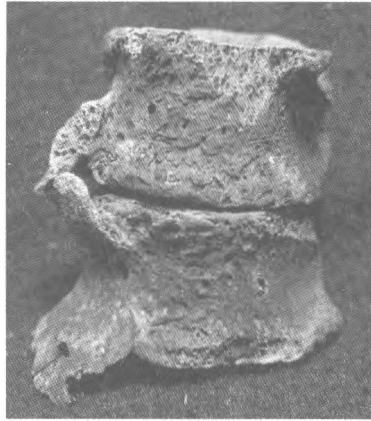
палення слизової оболонки (гаймориту та сфеноїдиту). На стінках основного синуса фіксується потовщення та нерівномірність поверхні кістки, у той час як дно верхньощелепів пазухи покрите нерівними амeboподібними пластинками, розташованими у декілька шарів (іл. 10). Останнє є свідченням того, що губернатор Києва неодноразово переніс двосторонній гайморит<sup>23</sup>.

Потрібно відзначити наявність на вісцеральній поверхні більшості ребер слідів старого, добре загоєного кісткового новоутворення (іл. 11), яке могло бути спричинене хронічним запаленням верхніх дихальних шляхів, зокрема плевритом.

Дослідження стану хребта показало наявність слабких дегенеративно-дистрофічних змін. Остеохондроз початкового ступеня виражається в деякому ущільненні поверхні тіл хребців. Найбільші зміни знайдено у 3-5 шийних, 7-9 грудних та єдиному збереженому першому поперековому хребці. Сліди центральних невеликих вузлів Шморля спостері-



Іл. 11. Сліди старого загоєного запалення (плевриту?) на вісцеральній поверхні ребер



Іл. 12. VII та VIII грудні хребці. Осифікація латеральної зв'язки (синдесмофіт)

гаються у 9, 11-12 грудних хребцях, осифікація латеральної зв'язки (синдесмофіт) досить сильно виражена справа на 7-8 грудних (іл. 12) та набагато слабше — на поперековому хребці.

Біля дистального кінця першої плеснової кістки (медіально) виявлено руйнування кісткової тканини з утворенням заглиблень — “узур”, що частково знищили дистальний епіфіз, а також невеликих ділянок новоутвореної кістки (іл. 13). Не виключено, що ці зміни є наслідком захворювання на подагру, однак, можливо, що вони є результатом неспецифічного артрити<sup>24</sup>. На жаль, кістка в цій області більшою частиною зруйнована.

На більшості кісток скелета виявлено сліди системної специфічної інфекції.



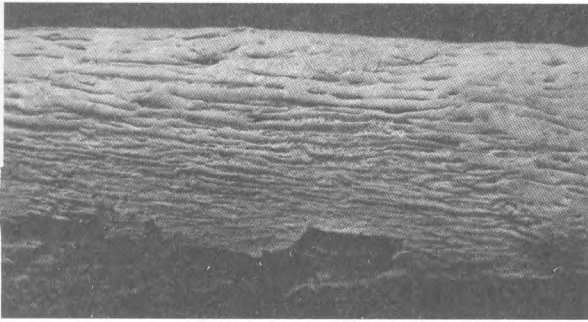
а



б

Іл. 13. Паталогічні деструктивні зміни у дистальному епіфізі першої плеснової кістки праворуч, як можливий наслідок захворювання на подагру (стрілкою позначений отвір у дистальному епіфізі):  
а — вигляд зверху;  
б — вигляд плеснової кістки збоку (новоутворення навколо деструктивного отвору)

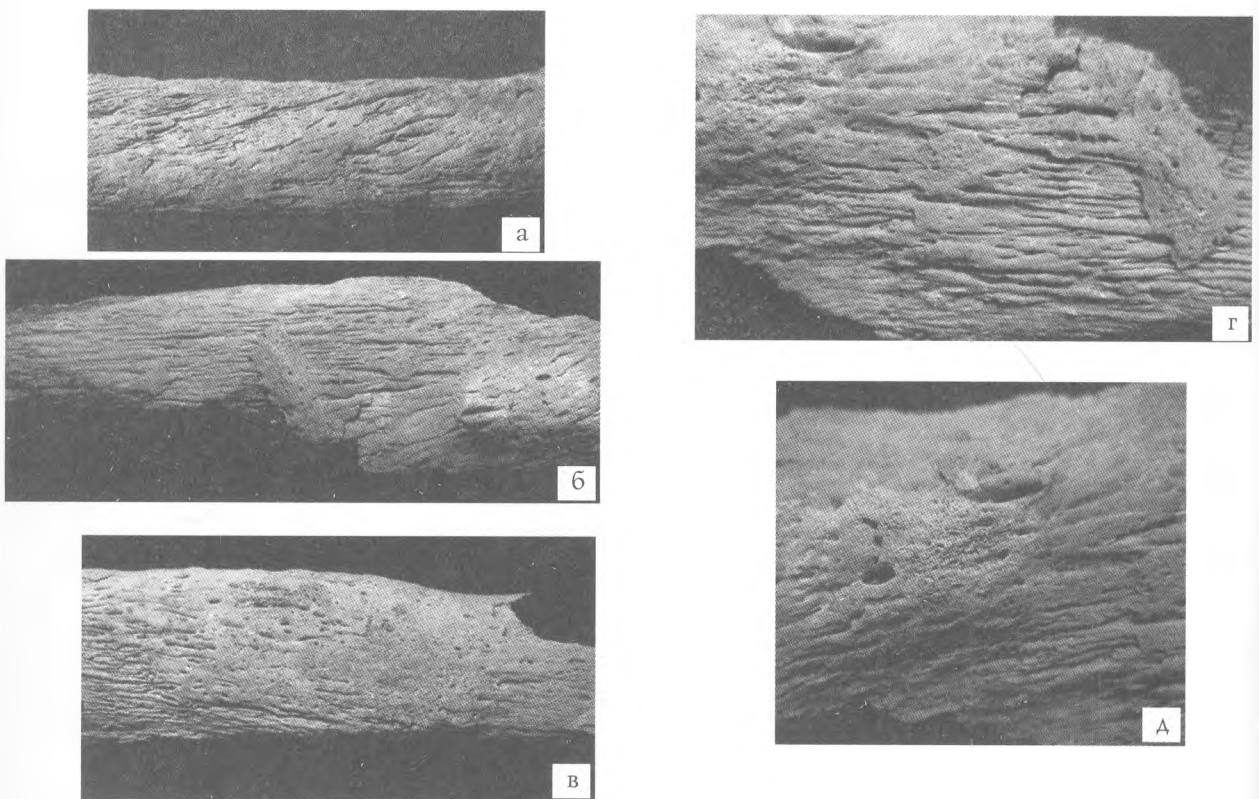




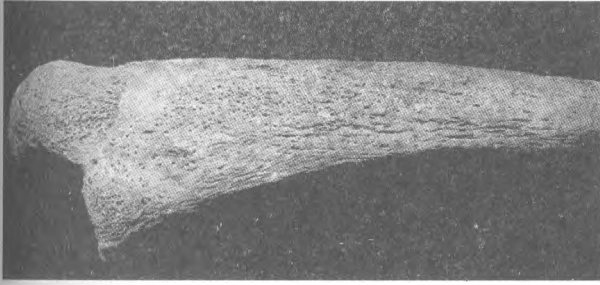
Іл. 14. Наслідки запалення періосту (періоститу) у вигляді багатошарового, добре організованого кісткового новоутворення, що муфтоподібно оточує праву гомілкову кістку

Наслідки запалення періосту (періоститу) у вигляді багатошарового, добре організованого кісткового новоутворення муфтоподібно оточує кістки дистальних сегментів кінцівок (кістки передпліччя та гомілок, низ тіла нижньої щелепи), а також, частково, кістки плесни та п'ясти (іл. 14). Нашарування має різно-рідний характер і, по-перше, проявляється у

вигляді щільної веретеноподібної “шкарлупи”, що має вигляд кори дерева або опливу воскової свічки, яка оточує діафізи (іл. 15<sup>а</sup>); по-друге, у вигляді поздовжньої покресленості діафізів т.з. Streifung (іл. 15<sup>б</sup>), по-третє, в якості мереживної плівки, що перетворилась у пластинку, та є, можливо, виразковим ложем, у даному випадку — сифіломою (іл. 15<sup>в</sup>). Такі самі, але менші за розміром пористі пластинки розташовані дискретно на діафізах великих та малих гомілкових кісток, а також на кістках передпліччя (іл. 15<sup>г</sup>). Відносно свіже новоутворення локалізоване вздовж м'язових гребенів на діафізах кісток. І, на кінець, навколо дрібних отворів судин, можливо, мікроабсцесів, спостерігаємо утворення ледь збереженої тоненької плівочки (волокниста тканина) (іл. 15<sup>а</sup>). Крім того, компактна частина кісток (дистальна плечова, проксимально ліктюва та променева, стегнова) має сліди інфільтрації захворювання — вона потовщена та пориста,

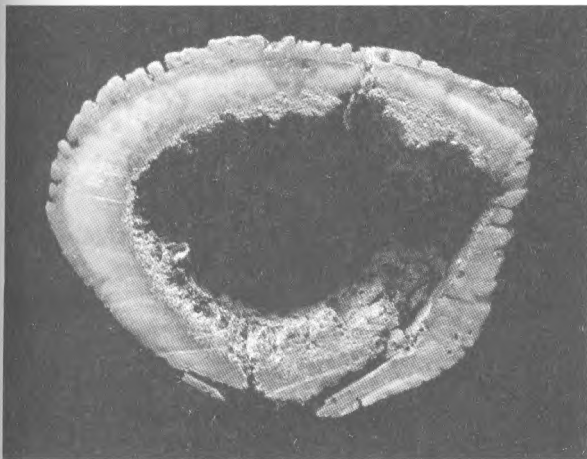


Іл. 15. Різні види реактивного кісткового новоутворення на діафізах довгих кісток скелета, викликані захворюваннями:  
а — нашарування новоутвореної кісткової тканини у вигляді щільної веретеноподібної “шкарлупи”, що має вигляд кори дерева або опливу воскової свічки, яка оточує діафіз ліктювої кістки;  
б — поздовжня покресленість діафізу правої гомілкової кістки, т.з. симптом “Streifung”;  
в — мереживна плівка, що перетворилась у пластинку та є, можливо, виразковим ложем, у даному випадку — сифіломою, на діафізі правої гомілкової кістки;  
г — такі самі пластинки, розташовані дискретно на діафізі лівої великої гомілкової кістки;  
д — утворення ледь збереженої тоненької плівочки (волокниста тканина) навколо дрібних отворів судин, можливо, мікроабсцесів, у проксимальній частині діафізу лівої гомілкової кістки



Іл. 16. Зміни у компактній частині правої ліктьової кістки внаслідок специфічного оститу: кістка потовщена, пориста, дещо схожа на щільну пемзу

дещо схожа на щільну пемзу (іл. 16). Медулярна або кістково-мозкова порожнина ліктьової, променевої, малогомілкової кісток, а також ключиць, заповнена новоутвореними кістковими балками губчастої тканини. На зламах стегнової та великої гомілкової кістки ці зміни не спостерігаються, натомість фіксується ендостальне утворення кісткових плівок. Усі зміни симетричні. Більшість ознак свідчить на користь трепонематозу у формі *Lues venerea*<sup>25</sup>. На превеликий жаль, на даному етапі дослідження ми не можемо зробити гістологічний аналіз тонких зрізів цих кісток, щоб підтвердити діагноз. Але навіть при збільшенні у 10 разів на зрізі кістки відзначається така характерна ознака (іл. 17), як хвилястість поверхні (або, зважаючи на її вираженість та розміри — невеликий польстер)<sup>26</sup>. Зовнішня новоутворена оболонка кістки у місці зрізу різко відділяється від старого зовнішнього шару компакти. Не виключено, що причиною могли бути дигенетичні зміни, тобто по-



Іл. 17. Зріз гомілкової великої кістки на рівні середини діафізу. Польстер — специфічна ознака захворювання

смертне пошкодження кістки, однак, з іншого боку ймовірним є відділення новоутвореного шару по лінії розташування т.з. синуозних лакун<sup>27</sup>. Відсутність типових ознак гематогенного остеомієліту, а саме — клоак, секвестрів та інволюкруму, свідчить проти цієї інфекції, а симптоматика, симетричність та загалом розташування змін на кістках, типові для дифузного специфічного періоститу, оститу та захворювання кісткового мозку, вказує на захворювання третинною стадією *lues*<sup>28</sup>. Окрім специфічних змін на кістках, виявляються і місцеві вторинні неспецифічні патології окістя, дрібні осифіковані крововиливи, наслідки запалення судин тощо. Вочевидь, під час останньої стадії захворювання відбулося додаткове проникнення неспецифічних бактерій через язви у шкірі. Не виключено, що чоловік загинув у період загострення симптомів захворювання.

#### Звернемося тепер до оцінки отриманих даних

Одразу зазначу, що ми не ставили за мету докладно дослідити життя губернатора С.І. Сукіна й звернулися до історичних фактів та документів лише з бажанням виявити умови, у яких жив цей чоловік і які могли вплинути на його фізичний стан та здоров'я. Більш глибокий аналіз історичних джерел — справа істориків та біографів.

Семен Іванович Сукін народився, судячи з надпису на плиті, на початку 80-х рр. XVII ст. Рід Сукіних, започаткований наприкінці XV ст., мав дворянське походження<sup>29</sup>.

Дитинство його проходило у сприятливих умовах, про що свідчить відсутність слідів дитячих захворювань, які, якщо й були, внаслідок достатнього харчування та здорового способу життя проходили легко.

Наступна знайдена нами згадка стосується часу після 1706 р., коли 22-23-річний майор приймає командування майбутнім Нарвським солдатським піхотним полком. Полк бере участь у битві під Биховом (1707), під Сорочинцями та Полтавою (1709), під Ригою та Выборгом (1709–1710). У 1712–1714 рр. полк був відправлений у Померанію<sup>30</sup>. Після Полтавської битви біля імені С.І. Сукіна стоїть звання полковника. З 1724 р. він — бригадир, а у 1726 р. стає генерал-провіантмейстером і генерал-майором<sup>31</sup>. У 1726 р. він був ча-

стим відвідувачем будинку князя О. Меншикова у Петербурзі та належав до його найближчого оточення<sup>32</sup>.

У 1730 р. Сукін серед інших (21 особи) входить до складу Правлячого сенату<sup>33</sup>. Через декілька років його звинувачують “в лихоимстве за то, что взял 10 тысяч рублей с поставщиков провианта для персидского похода”<sup>34</sup>. Очевидно, що його оправдали, оскільки приблизно через рік, 11 лютого 1736 р. генерал-майор призначається губернатором міста Києва<sup>35</sup>.

Імовірно, з періодом служби Семена Івановича у піхотному полку та участю у Північній війні співпадає час формування основних особливостей його скелета — розвиток специфічних м'язів та поява травм.

Відсутність патології хребта та рівномірність розвитку м'язового рельєфу вказує на добру тренованість цієї людини. Судячи з розвитку м'язового рельєфу та розподілення змін суглобів, Сукін за життя отримував сильні навантаження на ноги, а комплекс загальних ознак, у всякому разі тих, що формувались у молодому віці, певною мірою відповідає поширенню змін скелета при їзді верхи. Опорною при посадці на коня була ліва нога, про що свідчать асиметричні зміни у колінному суглобі та дещо більший розвиток м'язів ніг зліва. Судячи з розвитку м'язів рук, до його озброєння входила достатньо важка шабля. Не виключено, що він використовував як аргумент не лише зброю, а й кулак, про що свідчить травма другого пальця правої руки, хоча така травма може мати інші причини. Серед травм відзначається також зміщення та неправильне приростання лівого рогу до тіла геюду, як наслідок здавлення шиї в бійці у молодому або юнацькому віці.

Незначна спрацьованість зубів свідчить про м'яку дієту, харчування добре приготованими стравами, відповідно про приналежність Семена Івановича до вищого соціального прошарку. Крім того, якщо зміни у стопі можна ідентифікувати з подагричним артритом, то цю хворобу могло також спровокувати посилене споживання м'яса та вина.

Неохайність щодо гігієни рота була загальною особливістю людей минулого, і насамперед, чоловіків. Проте відносно слабка інтенсивність зубного каменю, практична відсутність карієсу й загалом досить хороший стан

зубної системи вказують на уважне його ставлення до чистоти та здоров'я. Карієс з'явився лише за декілька років до смерті губернатора, що, так само, як і розвиток пародонтиту, було пов'язано з хворобою.

Мікротравми емалі та дещо нерівномірна стертість передніх зубів також може бути ознаками вершництва.

За життя він не раз пережив захворювання верхніх дихальних шляхів, зокрема гайморит та плеврит, наслідки яких, ймовірно, турбували Семена Івановича багато років.

“Нехорошою хворобою” він легко міг заразитися у молодості, будучи військовим та ведучи мобільний спосіб життя.

Починаючи з кінця XV ст., сифіліс набуває на території Європи характеру епідемії. Відбувається декілька спалахів цієї хвороби. Перша — після 1492 р., коли вона поступово з'являється у всіх країнах від Португалії до Росії. Цю епідемію пов'язують з подорожжю Христофора Колумба, який нібито привіз захворювання з Америки<sup>36</sup>. Однак Гезер, досліджуючи історію розповсюдження трепонери в Європі у XV ст. і пізніше, згадує, що основними причинами посилення контагіозності інфекції є незвичайна сприйнятливість до її дії та ослаблення супротиву, перш за все, — у слабого здоров'я населення, внаслідок неохайності та бідності, умов, що, зокрема, складаються під час воєн, міграцій або епідемії інших захворювань<sup>37</sup>. Історик вважає також посилення розпусти однією з основних причин розповсюдження сифілісу, як і інших венеричних захворювань, у XV ст. та й у інші часи.

Зважаючи на воєнні дії й загальний стан суспільства, на початку XVIII ст. у Росії та прилеглих землях слід було очікувати спалаху епідемії люеса. Широку розповсюдженість цього захворювання серед військових підтверджує указ, виданий Петром I у 1719 р. В указі йдеться про заснування госпіталів для ветеранів та старих і хворих військових. Окремо зазначається, що “запрещено принимать участие и подавать помощь тем воинам, кои непозволительным образом подверглись болезням, от пьянства или от сифилитического недуга произшедими”<sup>38</sup>. З кінця XV ст. це захворювання стає настільки частим, що негласно приймається за правило, в усіх випадках, коли лікар

не може розпізнати захворювання, ставити діагноз сифілісу. Найширше розповсюдження сифілісу в Росії цього часу проілюстроване також помилковим діагнозом одного з лікарів — доктора Йозефа Фридриха фон Шрайбера, який стверджував, що “поветрие, свирепствовавшее в Украине в 1738–1739 г. есть *velox syphilis...*” та пропонував лікувати його ртуттю<sup>39</sup> (йдеться про епідемію чуми в Південно-Східній та Центральній Європі<sup>40</sup>).

Усі шкірні застарілі патології з XV і аж до XIX ст. лікували ртуттю, яка використовувалась у вигляді мазей та випаровувань. Метод лікування втираннями ртутних мазей усував ураження шкіри, однак після тривалого часу проявлялись “страждання кісток” та наслідки отруєння цією речовиною<sup>41</sup>.

За словами Гезера, смерть під час захворювання наступала від “кровотечі з судин глибоких язв зівя, від кровохаркання, переважно від споживання осадочної ртуті, від руйнування сечового міхура. В інших випадках смерть наступала після тривалих страждань різноманітних властивостей, від виснаження, від водянки й у більшості випадків супроводжувалась звичайно незначною, але іноді дуже явною виснажливою лихоманкою”<sup>42</sup>.

Заразившись під час військових дій, або у будь-який інший момент свого життя, Сукін міг залікувати первинні симптоми (для перевірки наявності ртуті у кістках необхідне проведення мікроелементного хімічного аналізу). Судячи з описів лікарів того часу, для переходу із первинної до вторинної стадії хвороби проходило 3–5 років, а третинна стадія, яка змінювала кістки, могла проявитись аж через 10–15, можливо, й більше років після вторинної<sup>43</sup>. Усе залежало від імунітету та умов життя й можливостей лікування людини.

Спалах хвороби Сукіна могли спричинити інші гострі захворювання або зміна лікування. Це відбулося, вочевидь, на початку зими 1737 р.

21 грудня 1737 р. від імператриці Анни надходить указ “О поступлении генералу и кавалеру Румянцеву, до определения в Киевскую губернию губернатора, в правление губерньских и прочих дел”; 7 березня 1738 р.

приходить розпорядження “О бытии в Киеве для исправления губерньских дел генерал-лейтенанту Леонтьеву”<sup>44</sup>.

Відійшовши від справ зимою 1737 р., Семен Іванович ще три роки, до своєї смерті, номінально залишався на посту губернатора Києва<sup>45</sup>. Очевидно, що саме в цей час відбувається спалах старої хвороби, яка, спричинюючи тяжкі страждання, не дозволила йому брати участь у соціальному житті міста.

8 березня 1740 р. губернатором призначається таємний радник Неплюєв<sup>46</sup>, який приймає цей пост “с первого числа августа... по смерти губернатора Сукина, коего погребальный монумент оставался в Вознесенской церкви, бывшей в Арсенале”<sup>47</sup>.

Цікаве, повне перемог та поразок життя губернатора закінчилось доволі трагічно. Потрібно пам'ятати, що ставлення до тієї чи іншої хвороби або до самого болю й смерті у різні часи було неоднозначним. Ще раз хочу наголосити, що від епідемічних хвороб у той час не було спасіння навіть при екстремально обережній поведінці, а венеричними інфекціями хворіли, насамперед, представники знаті та духовенства. У певні часи така хвороба вважалася атрибутом знатності<sup>48</sup>.

На останок зазначимо, що за час майже дворічного перебування Семена Івановича Сукіна на посту губернатора губерньська влада отримала додаткові широкі повноваження, зокрема й розширення фінансової відповідальності (перелік їх відділів повністю приведено у статті В. Щербини<sup>49</sup>). У 1736–1737 рр. були приведені до ладу міські укріплення, оточені валами та палісадником Старий Київ і Поділ, головними вулицями Києва проведені мостові й канали. У Нижньому Києві над Дніпром побудовані армійські лазні та лазарети<sup>50</sup>.

За короткий строк свого правління генерал-майор Семен Іванович Сукін зробив досить значний внесок у розбудову Києва. Як і багато інших простих або непростих людей, які по камінчиках складали образ нашого міста, не дивлячись на певні, зокрема політичні, обставини своєї біографії, він заслуговує на добру згадку та пошану.

## Примітки

1. Дьяченко В.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. — М., 1958. — С. 6.
2. Схема, яку ми використовуємо, розроблена у групі палеопатології Центру анатомії та ембріології університету м. Гьоттінген у Німеччині. Хочу, користуючись нагодою, висловити подяку за допомогу у зборі архівних матеріалів та фіксації антропологічних даних Хасановій Є.О., а також за допомогу в інтерпретації історичних свідчень к.і.н. Козубовському Г.А.
3. Прикладом таких досліджень є вивчення Д.Г. Рохліним кісток Андрія Боголюбського, Ярослава Мудрого (Рохлин Д.Г. Болезни древних людей. — М.; Л., 1965. — 302 с.); дослідження М.М. Герасимовим кісток Іоанна Грозного (Герасимов М.М. Документальный портрет Ивана Грозного. // КСИА СССР. — М., 1965. — Вып. 100. — С. 139-142); Горбенко С. решток Ярослава Осмомисла (Горбенко С.О. Ярослав Осмомисл: реконструкция антропологична та історична. — Львів; Винники, 1996. — 221 с.).
4. Балакін С.А. Івакін Г.Ю. Розкопки на території Старого Київського Арсеналу 2005–2007 років. — С. 5-19.
5. Герасимов М.М. Восстановление лица по черепу. — М., 1955.
6. Brothwell D.R. Digging up bones. — 3rd edition — Oxford: Oxford University Press / British Museum (Natural History). — 1981. — Fig. 3.9.
7. Рохлин Д.Г. Болезни древних людей. — М.; Л., 1965. — С. 35.
8. Lovejoy, C.O., Meindl R.S., Pryzbeck T.R., Mensforth R.P. Chronological Metamorphosis of the Auricular Surface of the Ilium: A New Method for the Determination of Adult Skeletal Age at Death // American Journal of Physical Anthropology. — 1985. — № 68 (1). — P. 15-28.
9. Breiting E. Zur Berechnung der Körperhöhe aus den langen Gliedmaßenknochen / Anthropologische Anzeiger. — 1938. — Jg. 14. — S. 249-274.
10. Dupertius C.W.J., Hadden A. On the reconstruction of stature from long bones / Amer. J. Phys. Anthropol. — 1951. — № 9. — P. 15-54.
11. Trotter M. Estimation of stature from intact long limb bones / Stewart T.D. (ed) Personal identification in mass disasters. Smithsonian Institution. — 1970.
12. Martin R. Lehrbuch der Anthropologie. — Jena, 1928. — 578 s.
13. Козак А.Д., Рудич Т.А. Население древнего Киева по данным остеологического исследования кладбища XI–XIII вв. на ул. Паторжинского 14 // Причерноморье, Крым, Русь в истории и культуре. Материалы II Судакской международной научной конференции (12-16 сентября 2004 г.). — К.; Судак, 2004. — Ч. 3. — С. 84-86.
14. Сапин М.Р. Билич Г.Л. Анатомия человека. — М., 1989. — С. 166-167.
15. Там же. — С. 179-181.
16. "Комплекс вершника" розроблено О.П. Бужиловою в кн. "Историческая экология человека. Методика биологических исследований" (М., 1998. — С. 169).
17. Capasso L. Kenedy K.A.R., Wilczak C.A. Atlas of Occupational Markers on Human Remains. — Teramo, 1999. — P. 57.
18. Волкович Н.М. Повреждения костей и суставов. — К., 1928. — С. 148.
19. Capasso L. et al. — P. 91, 112, 122.
20. Историческая экология человека... — С. 112.
21. Добровольская М.В. Человек и его пища. — М., 2005. — С. 82.
22. Проф. М. Шульц. Особиста розмова.
23. Опис симптомів та діагностика синуситів приведена у працях: Schultz M. Spuren unspezifischer Entzündungen an prahistorischen und historischen Schädeln. — Aesch; Basel, 1993. — Bd. 1.; Boocock P., Roberts Ch., Manchester K. Maxillary Sinusitis in Medieval Chichester, England // American Journal of Physical Anthropology. — 1995. — Vol. 98. — P. 483-395; Lewis M.E., Roberts Ch.A., Manchester K. Comparative Study of the Prevalence of Maxillary Sinusitis in Later Medieval Urban and Rural Populations in Northern England // Ibidem. — P. 497-506; Merrett D, Pfeiffer S. Maxillary Sinusitis as an Indicator of Respiratory Health in Past Population // Ibidem. — 2000. — Vol. 111. — P. 310-318; Козак А., Шульц М. Исследование следов воспалительных заболеваний среднего уха и околоносовых пазух у представителей древнерусского населения Киева // Вестник антропологии. — 2003. — Вып. 10. — С. 104-114.
24. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. — М., 1955. — С. 607.
25. Симптоматологія сифілісу розроблена сучасними медиками та використовується палеопатологами всього світу, див., наприклад: Hackett C.J. Diagnostic Criteria of Syphilis, Yaws and Treponarid (Treponematoses) and of Some Other Disease in Dry Bones (for Use in Osteo-archaeology) // Sitzungsberichte der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Klasse 4. — Berlin; New York, 1976. — P. 351-470; Beitzke H. Erworbene Syphilis der Knochen // Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. — 1934. — Bd. 9. — T. 2: Gelenke und Knochen. — S. 469-521; Weber M. Schliffe von Mazerierten Rohrenknochen und ihre Bedeutung für die Unterscheidung der Syphilis und Osteomyelitis von der Osteodystrophia Fibrosa, sowie für die Untersuchung Fraglich syphilitischer, prahistorischer Knochen // Beiträge zur Pathologischen Anatomie und zur Allgemeinen Pathologie. — 1927. — Bd. 78. — P. 441-511; Schultz M. Comparative Histopathology of Syphilitic Lesions in Prehistoric and Historic Human Bones // L'Origine de la Syphilis en Europe: Avant ou Apres 1493? Eds.: Dutour O., Palfi G., Berato J., Brun J.-P. — Paris, 1994. — P. 63-67; Schultz M., Teschler-Nicola M. Krankhafte Veränderungen an den Skelettfunden aus dem Karner der St. Martinskirche in Klosterneuburg, Niederösterreich. III. Entzündliche Veränderungen an den langen Rohrenknochen // Annalen des Naturhistorischen Museums in Wien. — 1987. — № 89. — P. 252-296; Suzuki T. Palaeopathological and Palaeoepidemiological Study of Osseous Syphilis in Skulls of the Edo Period. — University of Tokyo. — University Museum Bulletin / Tokyo Daigaku Sogo Kenkyu Shiryokan Kenkyu Hokoku. — 1984. — V. 23. — P. 1-48.
26. Schultz, 1994; idem. Paleohistopathology of Bone: a New Approach to the Study of Ancient Diseases // Yearbook of physical anthropology. — 2001. — Vol. 44. — P. 106-147.

27. Suzuki, 1983. — P. 11-12.
28. Steinbock R.T. Paleopathological Diagnosis and Interpretation. — Springfield, 1976. — 423 p.; Ortner D.J. (ed.) Identification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains. — San Diego, California, 2003. — 645 s.; Beitzke, 1934; Hackett, 1976; Schutz, 1994; Рейнберг, 1955; Дряченко, 1958.
29. Брокгауз Ф.А., Ефрон И.А. Энциклопедический словарь. — Т. 32. — СПб., 1901. — С. 27.
30. Рабинович М.Д. Полки петровской армии 1698–1725 гг. // Труды ГИМ. — М., 1977. — Вып. 48.
31. Повседневные записки делам князя А.Д. Меншикова 1726–1720, 1726–1727 / Российский архив: История Отечества в свидетельствах и документах XVIII–XX вв. — М., 2000. — Т. X.
32. Там же. — С. 387, 388, 390, 391, 395, 398, 399, 402, 403, 406, 409, 412.
33. Соловьев С.М. История России с древнейших времен. — М., 1993. — Т. 19.
34. Миних Х.А. Очерк, дающий представление об образе Правления Российской Империи // Безвременье и временщики. Воспоминание об “Эпохе дворцовых переворотов” (1720-е — 1760-е гг.). — Л., 1991. — С. 60.
35. Щербина В. Київські воєводи, губернатори і генерал-губернатори від 1654 по 1775 р. за виданням: Чтения в Историческом обществе Нестора Летописца. — К., 1892. — Кн. IV. — С. 157-178.
36. Ковнер С. Сифилис в древности и в средние века. — К., 1896.
37. Гезер. История повальных болезней. — СПб., 1867. — Ч. 1. — С. 229-230.
38. Рихтер В. История медицины в России. — М., 1820. — Ч. 3. — С. 83.
39. Там же. — С. 246.
40. Чижевский А.А. Земное эхо солнечных бурь. — М., 1973. — С. 177.
41. Гезер. Указ. соч. — С. 203.
42. Там же. — С. 189.
43. Ковнер. С. Указ. соч.; Гезер. Указ. соч.
44. Щербина. В. Указ. соч.
45. Берлинский М.Ф. История міста Києва. — К., 1991.
46. Щербина. В. Указ. соч. — С. 169.
47. Берлинский М.Ф. Указ. соч. — С. 144.
48. Гезер. Указ. соч. — С. 224.
49. Щербина. В. Указ. соч. — С. 165.
50. Берлинский М.Ф. Указ. соч. — С. 143.

## Резюме

В статье рассматриваются результаты исследования костных останков киевского губернатора (1738–1740) Семена Ивановича, найденных в склепе на территории Арсенала в г. Киеве.

Данные остеологического и палеопатологического анализа соотносятся с редкими доступными на сегодняшний день фактами биографии этого человека.

## Resume

In the article the results of the scientific research of bone remains of the Kyiv governor (1738–1740) Semen Sukin are presented. They were found in the crypt on territory of the Arsenal in Kyiv. The data of osteological and palaeopathological analyses are correlated with few facts accessible up to now of that person's life.