

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Северный государственный медицинский университет
Кафедра гуманитарных наук

I Международный молодежный медицинский форум «Медицина будущего – Арктике», VII Архангельская международная медицинская научная конференция молодых ученых и студентов

**МЕДИЦИНА И ГУМАНИТАРНЫЕ
ЗНАНИЯ: ОБЛАСТИ
СОПРИКОСНОВЕНИЯ
ВЫПУСК II**

**«Гуманитарные аксиомы медицинского
образования в вузе»**

Симпозиум 18

Материалы межвузовской научной
студенческой конференции

20 мая 2014 года

Архангельск
2014

УДК 61(082) + 608.1(082)
ББК 5я431 + 87.751.5я431
М 42

Редакционная коллегия:

Г.Н. ЧУМАКОВА, доктор медицинских наук, профессор
Т.И. ТРОШИНА, доктор исторических наук, доцент
М.Ф. ЛОЗОВИЦКАЯ, кандидат исторических наук, доцент
А.Ю. ЛАВРЕНТЬЕВА, кандидат философских наук
М.А. СМИРНОВА, кандидат исторических наук

Составитель и ответственный редактор:

А.В. МАКУЛИН, кандидат философских наук, заведующий кафедрой гуманитарных наук СГМУ

Куратор I раздела «Ветераны и медицина» А.В. АНДРЕЕВА, директор Музейного комплекса СГМУ

*Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета*

Медицина и гуманитарные знания: области соприкосновения:
М 42 Вып. II: Гуманитарные аксиомы медицинского образования в вузе:
материалы межвуз. науч. студенч. конф. (Архангельск, 20 мая 2014 г.)
/ сост. и отв. ред. А.В. Макулин. — Архангельск, 2014. 196, [1] с. :
табл., диагр.— (I Молодежный медицинский форум «Медицина
будущего - Арктике», 19–23 мая 2014 г. VII Архангельская
международная медицинская научная конференция молодых ученых и
студентов. Симп. 18).

ISBN 978–5–91702–177–5

В сборнике представлены статьи студентов и преподавателей СГМУ и САФУ им. М.В. Ломоносова. Они отражают основные направления научной работы кафедры гуманитарных наук СГМУ и развитие гуманитарных аспектов медицинского знания в рамках научного студенческого общества СГМУ.

**УДК 61(082) + 608.1(082)
ББК 5я431 + 87.751.5я431**

ISBN 978–5–91702–177–5

© Северный государственный
медицинский университет, 2014
© Макулин А.В., составление, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

От составителя.....	4
I. Ветераны и медицина	
<i>Ожигина С.Н., Волкова О.М.</i> Врач от Бога.....	5
<i>Евдокимова Е.Н., Ларионова С.О.</i> Медицина глазами ветерана.....	10
<i>Егунов Н.О., Елфимова Н.В.</i> Памяти Калерии Яковлевны Журавлёвой.....	13
<i>Егунов Н.О., Елфимова Н.В.</i> Выпускники АГМИ – супруги Журавлёвы.....	15
<i>Лычаков А.В., Зворыкин А.С.</i> Чтобы люди доверяли... Муза Александровна Лазарева.....	18
<i>Пантелеева В.Н., Пешкова Н.И.</i> Военное украинское детство Екатерины Губарец.....	22
<i>Назарова Н.Л., Рогалева А.К.</i> К юбилею участника войны Екатерины Артёмовны Пономарёвой.....	27
<i>Селиванова А.Э., Пащикова Е.А.</i> Встреча в госпитале с ветераном Александром Васильевичем Елфимовым.....	31
<i>Спиридонова Л.В.</i> Знаменитый хирург города Архангельска – Виктор Павлович Рехачев.....	34
<i>Кондратенко Е.А., Стукова А.Н.</i> Судьба военной медсестры.....	40
<i>Антуфьева Ю.Д., Сорокина В.И., Тюшина С.Е.</i> Ветеран труда, труженик тыла Антонина Дмитриевна Дружинская.....	46
<i>Амвросова М.А.</i> Архангельский областной госпиталь для ветеранов войн. Интервью с Рудольфом Александровичем Кротовым.....	51
II. История и медицина	
<i>Аиурилова З.М., Шилова М.А.</i> Женщины в медицине.....	55
<i>Андреева В.В., Пащикова Е.А., Тетерина Е.В.</i> Развитие паралимпийского спорта в Архангельске.....	66
<i>Дудин А.В.</i> Медицина севера в годы Первой мировой войны.....	72
<i>Леонтьева Т.С., Дурович А.А.</i> Судебно-стоматологическая идентификация останков семьи императора Николая II.....	79
<i>Повилайтис А.В.</i> Дело врачей: между профессиональным долгом и выживанием.....	84
III. Философские вопросы медицины	
<i>Васильева Н.А., Леонтьева А.Г.</i> Клиническое мышление как основополагающий аспект медицинской деятельности.....	88
<i>Зинченко Г.А.</i> Философия традиционной китайской медицины.....	91
<i>Лаврентьева А.Ю.</i> Религия и медицина: возможен ли диалог?.....	97
<i>Логинов А.В., Комарова С.Ю.</i> Можно ли спасти жизнь человека ценой жизни и здоровья другого.....	102
<i>Макаров А.И., Калгина Е.В., Глоба А.Д.</i> «Границы человека» в области современной медицины и биологии.....	104
<i>Макулин А.В.</i> Актуальность философских воззрений Н.А. Бердяева на обскурантизм.....	110
<i>Савельева Л.Э.</i> Точки соприкосновения между мысленным экспериментом Дж.Серля «Китайская комната» и Аналогией Б. Рассела «Чайник Рассела». Биоэтическая модель взаимоотношений «Врач-Пациент».....	114
<i>Собуляк Ю.Н.</i> Проблемы рациоморфного поведения в медицинской практике.....	120
IV. Актуальные проблемы биоэтики	
<i>Ефимкина Н.С.</i> Трансплантация органов: Этика и целесообразность.....	124
<i>Кожина А.В.</i> Клиническая смерть и ее влияние на сознание человека.....	130
<i>Мирзоева Н.А., Летовальцева К.С.</i> 6 Цветов Радуги или 666? Проблема однополых браков ...	135
<i>Смирнова В.Н.</i> Этические и психологические проблемы суррогатного материнства.....	144
<i>Фокин А.Д.</i> Эвтаназия как философско-правовая проблема биоэтики.....	151
<i>Хачатурян А.В., Маргарян А.А.</i> Феномен «сложного» пациента.....	155
<i>Хворостинина Т.С.</i> Внешний вид врача-стоматолога на приеме.....	162
V. Неклассические проблемы медицины	
<i>Глотова Т. А.</i> Гирудотерапия. Появление метода в медицине.....	165
<i>Жолнерович В.Ю.</i> Проблема суицида в психотерапии.....	168
<i>Островская А. Г., Шахбазян А.В.</i> Ментальное здоровье. Норма и патология.....	173
<i>Симонян Е.Э., Безгачина Т.А.</i> Ведическая медицина.....	178
VI. Студенчество и медицина	
<i>Герасимова Д.К., Шевелева А.П.</i> Тревоги и надежды студентов-медиков.....	183
<i>Шалаурова В.И.</i> Эвтаназия в современном мире. Отношение студентов СГМУ к эвтаназии ...	192

От составителя

Второй выпуск сборника продолжает заявленную в первом выпуске тему – «Медицина и гуманитарные знания: области соприкосновения» и обобщает опыт научно-исследовательской деятельности преподавателей кафедры гуманитарных наук Северного государственного медицинского университета, а также образованного на ее базе научного студенческого кружка «Колумбово яйцо».

Основное содержание второго выпуска сборника – материалы студенческой научно-практической конференции, проведенной 20 мая 2014 г. в рамках Молодежного медицинского форума «Медицина будущего – Арктике». Тема 18 симпозиума – **«Гуманитарные аксиомы медицинского образования в вузе»** – показала интерес студентов к дисциплинам, которые они изучают на кафедре. Высокая активность студентов и разнообразие заявленных тем позволили сформировать пять традиционных разделов (II–VI): История и медицина; Философские проблемы медицины; Актуальные проблемы биоэтики; Неклассические проблемы медицины; Студенчество и медицина. Первый раздел – «Ветераны и медицина» – отражает проведенную студентами совместно с Музейным комплексом СГМУ работу по собиранию воспоминаний ветеранов медицины. Встречи с ветеранами проходили накануне Дня Победы, поэтому большая часть вопросов студентов была посвящена воспоминаниям о событиях Великой Отечественной войны.

Внутри разделов материал расположен по алфавиту первого автора. В студенческих статьях указан научный руководитель. Публикации преподавателей не выделены из общего массива статей, а включены в соответствующие тематике заглавий разделы. Статьи II–VI разделов снабжены библиографическими списками литературы и сносками. Статьи I раздела подготовлены на основе устных бесед с ветеранами.

Приглашаем заинтересованных лиц (студентов вузов, аспирантов, преподавателей) принять участие в следующем выпуске, где наряду с традиционными пятью разделами, будет шестой, посвящен истории спорта, истории комплекса ГТО и влиянию физической культуры и спорта на здоровье населения.

I. Ветераны и медицина

ВРАЧ ОТ БОГА

**ОЖИГИНА Светлана Николаевна,
ВОЛКОВА Ольга Михайловна**
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
Музейный комплекс СГМУ
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: odri.khebrn@yandex.ru
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна

Весной 2014 г. в Музейном комплексе Северного государственного медицинского университета мы узнали о выпускнице Архангельского государственного медицинского института (АГМИ), ветеране Великой Отечественной войны Руфине Александровне Шаферовой. Нам посчастливилось познакомиться с ней поближе и провести с ней интервью.

Она родилась 13 сентября 1920 г. в селе Ершово Череповецкой губернии (ныне – Вологодская область). В семье Руфины Александровны было 6 детей, она – самая старшая. Окончив фабрично-заводскую семилетку, она поступила на фельдшерское отделение Вологодского медицинского техникума, а получив диплом, с 1938 г. Руфина Александровна начала работать в системе Вологодского здравоохранения. Она вела врачебный прием в поликлиниках, дежурила в больницах. Спустя год Руфина Александровна отправилась учиться в АГМИ (Архангельский государственный медицинский институт). Успешно сдав вступительные испытания, она была зачислена на 1 курс 5 группы единственного на тот момент факультета – лечебного. Вместе с ней на первом курсе учились еще 300 студентов. Руфина Александровна окончила институт с красным дипломом. В годы войны она работала в одном из архангельских госпиталей, т.к. на фронт ее не отпустил военкомат. После войны работала на кафедре госпитальной хирургии АГМИ, а потом в офтальмологической больнице.

Руфина Александровна – первая в своей семье, кто решил стать врачом. Сегодня в ее семье целая династия, около 15 врачей разных специальностей – есть и офтальмологи, и стоматологи, среди них – кандидат наук и заслуженный врач России.

* * *

Студенты: *Руфина Александровна, здравствуйте, расскажите, как для Вас началась война.*

Руфина Александровна: Мы учились на втором курсе, у нас был экзамен по нормальной физиологии. И вот, 22 июня 1941 г., после успешной сдачи экзамена, мы решили пойти в яхт-клуб, чтобы покататься по Северной Двине. Студентам бесплатно давали по студенческим билетам все, что на воде и все, что движется, так что мы были не ограничены в этом.

Договорились, что мальчишки пораньше пойдут занимать яхты, а мы пока прогуливались по институтской площади. Стоим мы у репродуктора, а ребята идут к нам навстречу с опущенными глазами, веселья ни у кого нет, спрашиваем у них: «Что случилось»? А они отвечают: «Война началась». Я кричу: «Какая война! Зачем нам война! Она нам не нужна!» Нужна, не нужна, а она уже началась... Мы сразу же пошли в военкомат, он очень слаженно работал, к 12 часам уже пришли первые повестки, в том числе и мне, ведь мы военнообязанные. Все сидели в военкомате, никто не уходил домой, так как тогда все были очень патриотичные. Я очень долго сидела, и, не выдержав, пошла узнавать, берут ли меня на фронт. Мне сказали: «За тебя ходатайствует институт, говорят, пускай доучивается на врача». Я очень хотела попасть на фронт, побежала в деканат и попросила о досрочной сдаче экзаменов. Надо было сдать два экзамена – иностранный язык и историю. Их я сдала, но на фронт меня так и не отпустили.

Ст.: *Чем же Вы стали заниматься?*

Р.А.: Мое желание защищать Родину не отпало, и я вступила в ряды МПВО (местная противовоздушная оборона). Еще уговорила несколько однокурсниц, которые были не такие решительные, но смелые. Наша задача заключалась в том, чтобы поймать вражескую зажигалку и потушить ее в ящике с песком. В двухэтажном деревянном доме на Седьмой улице у нас было общежитие (там сейчас находится магазин «Северный»). Была у нас длинная лестница, по ней надо было бежать и ловить зажигалку. На крыше стояла бочка с песком. Перед тем как прилетит эта зажигалка, мы слышали такой отвратительный, неприятный гул, чувствовали уже и знали, что она летит к нам. Бросили враги зажигалку, и все осветилось кругом красивыми огоньками, особенно ночью хорошо были видны из ракет искры. Целый год эти зажигалки продолжали летать. Мы всегда были настороже, да и все население было готово защищать свои дома, ведь Архангельск был деревянный.

Также я работала в госпитале, где сейчас больница областная. Туда привозили раненых постоянно, бывало, и без конечностей. Это был крупный госпиталь, где постоянно не хватало медсестер и санитарок, и врачи вместе со студентами работали за них. Также я сдавала кровь, вроде не менее 20 раз, потому что у меня первая группа крови, которую можно переливать всем, в экстренных случаях сама делала манипуляцию по переливанию крови. Среди студентов АГМИ было распространено донорство.

Ст.: *Помимо войны Вы ведь еще продолжали учиться?*

Р.А.: Конечно, а как же иначе, обязательно учились. Мы должны были винтовку уметь собирать и разбирать, на это нам мало давали время. Несмотря на то, что было очень сложно жить, студенты с большим рвением стремились учиться.

Ст.: *Расскажите подробнее о своей студенческой жизни.*

Р.А.: В техникуме еще до войны мы сдавали обязательно нормативы по плаванию и прыгали с парашюта, так как нас готовили на военные

специальности. Когда первый раз прыгала, у меня сердце в пятки ушло. Но прыгать – очень полезное дело. Мы сами собирали и разбирали парашюты, нас готовили ко всяким неожиданностям. Были обязательными нормы ГТО, отличная была подготовка.

В институт я пришла подготовленной и стала круглой отличницей: за весь период обучения не получила не одной четверки, не пропускала ни одной лекции, но никогда не зубрила, запоминала быстро. К экзаменам я сильно не готовилась, потому что учила в течение всего года, а перед экзаменом только повторяла лекции. За обучение получала сталинскую стипендию в размере 500 рублей (она давалась одна на весь институт), большие деньги по тем временам. Как только получу, сразу же отдавала 15 рублей за общежитие, потом бежала на почту и практически все деньги отправляла маме, потому что надо было содержать младших братьев и сестер.

В семье я была самой старшей. Разница в возрасте между младшим братом и мной была 20 лет. Когда отца забрали в армию, все были сосунки, Шурик еще соску носил, а сегодня он – известный стоматолог в Вологде (окончил стоматологический факультет АГМИ в 1964 г.). Мама была портнихой, но из-за детей ей было не до шитья. С началом войны на детей она денег не получала, потому что было такое постановление, по которому рядовым не платились пособия на детей, а отец рядовым был. Вот из-за того, что в семье было много детей и надо было их как-то содержать, я не осталась в аспирантуре, хотя очень хотела написать диссертацию по хирургии. До сих пор жалею, что так и не написала, но семья оказалась важнее...

К экзаменам мы готовились вместе с одноклассниками, гуляли по набережной, где я пересказывала лекции, другие слушали, отвечали на вопросы.

Я была членом комитета комсомола, после лекции часто выходила на кафедру и поднимала руку ладошкой вниз, и, только когда все затихали, начинала говорить. Распределяла, кому надо идти помогать грузить уголь, овощи. На старших курсах я даже побывала в роли преподавателя на кафедре фармакологии в медицинском техникуме.

На пятом курсе меня выбрали старостой курса. Все письма однокурсников с фронта, начиная с июня 1941 г., шли на мое имя, но спустя время конверты приходили все реже и реже. Я долго хранила треугольники от однокурсников. Погибло более половины ребят, об этом мы узнали только после окончания войны при встрече в университете. Старались еще долго встречаться с однокурсниками, вернее однокурсницами, т.к. мало, кто из мужчин нашего курса остался в живых. Другие после войны быстро скончались из-за ранений и тяжелой жизни. Я дольше всех живу, не с кем теперь встречаться...

Ст.: Руфина Александровна, расскажите, как Вы справлялись с голодом, ведь было очень голодное время.

Р.А.: Да, время было очень голодное, я не раз падала в обморок. Жуткое время... В магазинах с началом войны исчезли все продукты, были введены продуктовые карточки. Студентам выдавали 250 грамм хлеба на день. На кафедре биохимии АГМИ мы из еловой хвои получали витамин С и добавляли его экстракт в бутылки с кипячёной водой. Каждое утро мы выпивали по стакану этой воды для профилактики авитаминоза. Продуктов было катастрофически мало, и в столовой жарили водоросли на тюленьем жире. Запах от этих водорослей был настолько ужасный, что приходилось закрывать нос, перед тем как съесть это, но мы были рады хоть чего-нибудь поесть. Мы с ребятами картошку в столовой разбирали и потихоньку к себе в карман набивали. Нас заметили за этим делом, поругали, но разрешили по одной брать. Вот так мы и промышляли.

Девочка у нас была из Соломбалы, скромная, тихая, Кострова ее фамилия. Однажды, когда лекция закончилась и все убежали, она все еще продолжала сидеть на первом ряду лекционной аудитории. Мне кричат: «Руфа!», я подхожу, а она мертвая уже.

Ст.: Скажите, какое Ваше любимое занятие?

Р.А.: Я очень люблю читать, но, к сожалению, сейчас не могу этого делать. Я практически ничего не вижу, очень сложно не видеть... С удовольствием почитала бы сейчас. Также раньше я занималась рукоделием, плела коклюшками, крючком, очень любила вышивать крестиком, это тонкая работа, а сейчас ничего не могу, мне очень тяжело.

Ст.: Как Вы относитесь к учебе?

Р.А.: Мне очень нравится учиться. Была бы возможность, снова бы училась и пошла бы в медицинский институт именно в Архангельске. Еще чего я скажу вам, девочки, – читайте больше. Понимаю, что хочется куда-то сбежать, потанцевать сходить, но приучите себя, ведь почитать можно в любое время, перед сном, например. И обязательно слушайте лекции, набирайте больше знаний.

Ст: Расскажите о своей работе, как Вы к ней относитесь?

Р.А.: После войны меня оставили работать на кафедре госпитальной хирургии в Архангельской больнице № 2, где сейчас располагается областная больница. Оперировала я под руководством профессора Давыдова. Это был известный ученый, который приехал в Архангельск в 1942 г. из блокадного Ленинграда.

Рабочий день мой длился с 8 утра до 9 вечера. Помогала всем, даже тем, от которых отказывались врачи. Набиралась опыта, который мне очень пригодился по жизни. Однажды, уже после войны, я восстановила зрение девушке, которая никогда не видела. Пришлось буквально заново учить ее жить. Специально для нее я надевала цветные платья и спрашивала, какого они цвета. Проработала я более 50 лет. В 65 лет вышла на пенсию.

Я всегда стремилась стать окулистом. Я организовала глазное отделение в городской больнице на 30 коек. Тут меня очень подбадривали старики и старушки. Работала я очень много и любила свою работу. Сейчас я к выводу

пришла, что надо любить свое дело. Я шла на работу всегда с добрым настроением и уходила с нее с добрым настроением. Помню, захожу в палату, а там сидят пациенты с беззубыми ртами и улыбаются. Подойду к ним и дедулю или бабулю поглажу по головке, все улыбаются и говорят, что боль уходит. Многие меня спрашивали: «Где ты набираешь столько улыбок?» Я говорила: «Они во мне сами рождаются». Также говорили: «Ты знаешь, что твои улыбки лечат больных?». Я считаю, что очень важно подбадривать пациентов морально, от этого сильно зависит исход лечения. Вот поговоришь с больным, и он доволен, ему легче становится.

Ст.: Как Вы относитесь к медицине того времени?

Р.А.: Раньше врачи были добрее и отзывчивей, все были с маленькими зарплатами, не было богачей. Один другому помогал, а сейчас люди такие, что лишь бы урвать что-нибудь для себя, что-нибудь не сделать. Не было конфликтов в больницах, таких, как сейчас.

Ст.: Что Вы считаете самым большим несчастьем?

Р.А.: Мне было очень тяжело, когда умерла сестра, которая меня на десять лет моложе, Зоей ее звали. Она окончила педагогический институт, была учителем, очень хорошим литератором была. Когда мне сказали, что она умерла и принесли заключение о смерти, я заплакала, и так до сих пор плачу. Очень тяжело, это надо как-то переждать. Муж у меня рано тоже умер, был очень хороший человек, добрый, симпатичный. Я пережила его смерть, но не так, как смерть сестры.

* * *

Мы познакомились с замечательным человеком – Руфиной Александровной Шаферовой, ветераном Великой Отечественной войны, выпускницей Архангельского государственного медицинского института. Она очень умная женщина, окончила техникум, а потом и институт с красным дипломом. За весь период обучения у нее не было ни одной четверки, она единственная получала в институте сталинскую стипендию. Руфина Александровна стремилась стать хорошим врачом, всегда очень ответственно подходила к процессу обучения и, благодаря своему труду, стала прекрасным специалистом в области медицины.

Скромная и верная труженица, Руфина Александровна Шаферова, внесла значимый вклад в дело Победы советского народа над фашизмом. На фронт ее не отпустил институт, который она оканчивала, работая в госпитале. Она спасла не одну жизнь. Это характеризует ее не только как замечательного, трудолюбивого врача, который любит свою работу и искренне хочет помогать людям, но и как человека, которому не безразлична жизнь других людей. Она награждена медалями за доблестный труд, о которых стесняется рассказывать и показывать их.

Прожив непростую жизнь, она достойно пережила все сложные ее моменты, закалившие ее характер. У Руфины Александровны прекрасная семья, многие из ее родных пошли по ее стопам. Сегодня ей почти 94 года, преклонный возраст требует помощи. За ней ухаживает ее дочь –

заслуженный врач Наталья Анатольевна Заостровская, которая тоже много лет проработала офтальмологом. Их семья передала в Музейный комплекс СГМУ ряд фотографий и предметов, рассказывающих о жизни замечательной женщины, с которой мы провели интервью, а также о жизни ее поколения, представителей которого очень мало осталось рядом с нами. И то, как наша героиня относилась к учебе, к работе и к жизни в целом, заставляет нас задуматься о многом и хочется равняться именно на нее!

МЕДИЦИНА ГЛАЗАМИ ВЕТЕРАНА

ЕВДОКИМОВА Елена Николаевна
ЛАРИОНОВА Светлана Олеговна
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
Музейный комплекс СГМУ
2 курс. Лечебный ф-т
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна

Цель работы – знакомство с мнением ветерана о медицине, о работе врачей во время Великой Отечественной войны.

Все больше времени проходит от знаменательной даты – 9 мая 1945 г., но память об этом Великом подвиге должна продолжать жить в наших сердцах. В 2014 г. мы празднуем 69-ю годовщину Победы в Великой Отечественной войне. Но надо помнить, что наша победа зависела не только от сражавшихся в первых рядах на фронте, но и от людей, возвращавших солдат в бой.

Военные врачи, медсестры, санитары, рискуя жизнью, выносили раненых из-под огня, сутками оперировали, спасая жизни бойцов. Архангельск стал тыловой госпитальной базой Карельского фронта. Под госпитали были отданы лучшие здания, в первую очередь для них приспособлялись новые здания школ Архангельска, Котласа, Няндомы, Молотовска. К концу первого года войны в области действовал 31 госпиталь на 14280 коек. Начальниками госпиталей, старшими хирургами в них работали многие выпускники Архангельского медицинского института. Умелыми организаторами госпитальной службы, врачами проявили себя в те годы Г.Д. Орлов, С.И. Елизаровский, В.А. Казьмин, Н.В. Михеев, десятки других врачей и медицинских сестер.

Заинтересовавшись этой темой, мы побеседовали с одним из членов Архангельской городской общественной организации «Дети, опаленные войной 1941–1945 гг.», ветераном труда Валентиной Константиновной Безуглой. Родилась Валентина Константиновна 4 января 1937 г. в городе Архангельске. Окончила школу № 10, в 1954 г. – Архангельское педагогическое училище. После окончания училища была направлена на работу воспитателем в детский сад города Молотовска (в наше время – Северодвинск). В 1958 г. переехала в Архангельск и устроилась на работу в

детский сад № 21 АЛТИ, а 1986 г. перевелась в детский сад лесозавода № 3 им. Ленина. В 1984 г. Валентина Константиновна была награждена медалью и званием Ветеран труда, также имеет множество благодарностей за успехи по обеспечению учебной, воспитательной, научно-исследовательской работы и за высокие производственные показатели. В 1992 г. вышла на пенсию. Всю жизнь жила и работала в родном городе.

Война нагрянула, когда она была еще ребенком, но эти страшные воспоминания навсегда остались в ее памяти.

В Архангельск с самого начала прибывало очень много раненых с Карельского фронта, и Валентина Константиновна рассказала нам о нелегком труде врачей в первый год войны.

* * *

Студенты: *Добрый день, уважаемая Валентина Константиновна! Наш основной интерес – медицина в годы Великой Отечественной войны в Архангельской области; что Вы можете нам рассказать об этом?*

Валентина Константиновна: В Архангельске госпитали были расположены даже в школах. Очень много раненых круглосуточно поступало с фронта с огнестрельными ранениями, различными травмами, ожогами, переломами. Медицинские работники очень старались, они работали день и ночь, практически не выходя из больниц и госпиталей. Врачи и медсестры делали все возможное и невозможное, чтобы спасти людей, облегчить страдания раненых.

Очень не хватало перевязочного материала, лекарств, работников в больницах. Когда стало не хватать санитарок, в госпитали и больницы пошли работать жители города Архангельска. Они успокаивали раненых, которые стонали от боли, ухаживали за ними.

Врачи были внимательные и добрые, но больше работали молча, только переговариваясь друг с другом. Сестрички работали спокойно, но успевали делать капельницы, перевязки, уколы.

Ст.: *Почему Вам так запомнилась работа врачей в госпитале?*

В.К.: Мой отец, Пихтин Константин Николаевич, был направлен на Карельский фронт в самом начале войны. Осенью 1941 г. в Архангельск стало поступать с полей сражений очень много раненых. Я помню тот день, когда сказали маме, что ее мужа привезли в госпиталь (старая гостиница на ул. Поморской). Мама взяла меня и мою сестру (нас осталось в живых только двое, еще одна сестра и брат умерли от голода) и повезла нас к папе. Я была еще маленькая. Мы зашли, и я увидела большую комнату, много кроватей и много раненых. Все забинтованы...головы, руки, ноги, тело. Видны были только страдальческие глаза.

Меня посадили к папе на кровать. Я сидела и не боялась, просто онемела. Отец был ранен, а еще у него была гангрена ноги, потому что он долго лежал в снегу, потому что не было санитаров. Мама с папой разговаривали, но мало. Были разговоры, что шел сильный бой. Ранения

были тяжелые, солдаты стонали, многие были простужены. Медсестры, как могли, успокаивали их, подносили воду, меняли повязки.

Вскоре от тяжелых ранений папа скончался. Его, как и многих умерших солдат, похоронили на Вологодском воинском кладбище.

Ст.: *Валентина Константиновна, на наш взгляд, человек, который прожил такую долгую жизнь, как Вы, может проследить изменения в развитии медицины. Поделитесь Вашим мнением об уровне современной медицины.*

В.К.: Сейчас стало много новых лекарств, разных обследований, современного оборудования. Часто это просто недоступно пожилым людям. Теперь обследование, а то и лечение проводятся платно и дорого. Все, у кого есть деньги, уезжают лечиться за границу. Почему? Там, оказывается, лечат лучше, чем в России? Получается, так! Но лечиться за границей очень дорого.

Ст.: *Дорогая Валентина Константиновна, назовите качества, которые Вы больше всего цените во враче.*

В.К.: Это – знания, знания и еще раз знания! А также умение применять знания на практике, умение подобрать необходимые лекарства, предложить разумное лечение, оказать квалифицированную помощь. Мы, пожилые люди, очень ценим внимательность, доброту и заинтересованность врача в выздоровлении нас, больных. Сегодня это становится редким в нашей медицине, все торопятся заполнять какие-то бумаги. Я понимаю, конечно, им надо заполнять свои бумаги, ведь много документации.

Ст.: *Какие еще Вы видите недостатки современной российской медицины?*

В.К.: В поликлиниках большие очереди на прием к врачам, особенно к специалистам. Запись только по талонам, за которыми нужно приходить очень рано, а интернетом мы, пенсионеры, пользоваться не умеем.

Ст.: *А какие Вы видите плюсы? Что-нибудь улучшилось?*

В.К.: Стало много медицинских аппаратов, появились новые приборы. У нас в Архангельске строятся новые больничные корпуса. Это хорошо, будет больше палат и мест для больных. Я лежала в первой городской больнице, там появилось очень много новых молоденьких врачей.

Ст.: *А как Вы относитесь к нетрадиционной медицине?*

В.К.: А что это такое?

Ст.: *Это лечение травами, иглоукалыванием, гомеопатическими препаратами, пиявками.*

В.К.: В детстве мне бабушка заваривала травы, я сейчас тоже так делаю, и советую своим внукам. Я знаю много народных рецептов. Но больше всего я доверяю врачам, потому что они лучше знают, что происходит у нас в организме и как справиться с болезнями.

Ст.: *Какие у Вас есть пожелания для студентов медицинского университета – будущих врачей?*

В.К.: Чтобы хорошо лечить, врач должен очень много знать. Студентам я желаю получить много знаний, поучиться на практике у врачей старшего поколения, способных передать свой опыт, научиться быть внимательным к больным. А самое главное – любить свою профессию и стать хорошим врачом!

* * *

Таким образом, из беседы с ветераном труда, членом Архангельской городской общественной организации «Дети, опаленные войной 1941–1945 гг., Валентиной Константиновной Безуглой, мы узнали, как трудно приходилось медицинским работникам во время Великой Отечественной войны, как много требовалось от них умений и терпения, а также выяснили ее отношение к современной медицине.

ПАМЯТИ КАЛЕРИИ ЯКОВЛЕВНЫ ЖУРАВЛЁВОЙ

ЕГУПОВ Никита Олегович
ЕЛФИМОВА Наталья Викторовна
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
Музейный комплекс СГМУ
2 курс. Лечебный ф-т. Стоматологический ф-т
E-mail: egup1@yandex.ru
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна

Журавлева Калерия Яковлевна (01.06.1918–13.07.1994) родилась в дер. Благовещенское Шенкурского уезда



Архангельской губернии (ныне Вельский район Архангельской области). После окончания семилетки и рабфака в 1935 г. поступила в Архангельский государственный медицинский институт (АГМИ). С третьего курса стала совмещать учебу с работой медсестры в хирургическом кабинете, что помогло ей освоить амбулаторную хирургию. После окончания института в 1940 г. направлена хирургом в Пинежскую районную больницу, а вскоре была назначена ее заведующей. Нередко приходилось самой оперировать. В памяти осталась первая

операция, произведенная по поводу ущемленной бедренной грыжи.

О начале Великой Отечественной войны Калерия Яковлевна узнала в



Москве, где проходила в ЦИУВе усовершенствование по циклу сельских хирургов. В первые дни войны была мобилизована в ряды Красной Армии и направлена в эвакогоспиталь 2530 начальником отделения, который обслуживал, в основном, Карельский фронт. Поступающим раненым бойцам приходилось производить иссечение ран, секвестрэктомия, накладывать гипсовые повязки.

Нередко к ним приезжали консультанты – военврач Ф.М. Кожевников, профессора Г.А. Орлов и С.К. Елизаровский. Летом 1943 г. госпиталь расформировали, и тогда врач К.Я. Журавлева получила назначение в госпиталь 2515, расположенный в Няндоме. Здесь круг операций стал шире. Многим раненым производились ампутация ног на разных уровнях. Консультант госпиталей Няндомы – П.Н. Поварнина оказывала большую помощь молодым хирургам. Госпиталь 2515 расформирован весной 1946 г., после чего К.Я. Журавлева поступила на работу в хирургическое отделение больницы водников им. Н.А. Семашко.

С того времени, под руководством Г.А. Орлова и С.Я. Ступникова, начала осваивать операции мирного времени: грыжесечение, аппендэктомия, резекцию желудка, холецистэктомия, резекцию щитовидной железы,



К.Я. Журавлева и Г.А. Орлов

некоторые вмешательства на органах грудной полости. Освоила также приемы обследования и лечения урологических больных. Стала широко оперировать больных с заболеваниями мочеполовой системы.

Хирург К.Я. Журавлева в течение 12 лет заведовала хирургическим отделением. На протяжении всех лет работы, постоянно обучала начинающих хирургов технике хирургических вмешательств.

В 1966 г. ей присвоена квалификация врача-хирурга высшей категории. Калерия Яковлевна участник многих хирургических и урологических съездов неоднократно принимала участие в форумах главных хирургов РСФСР.



К.Я. Журавлева – член КПСС с 1953 г. Активно участвовала в общественной жизни больницы: работала пропагандистом, много лет была

членом партбюро. В 1965 г. ей присвоено звание заслуженного врача РСФСР. Калерия Яковлевна награждена медалями: «За оборону Советского Заполярья», «За победу над Германией», «За трудовой отличие», «За доблестный труд в ознаменовании 100-летия со дня рождения В.И. Ленина».

Калерия Яковлевна – ветеран труда, участник Великой Отечественной войны, персональный пенсионер республиканского значения.

Калерия Яковлевна Журавлева скончалась 13 июля 1994 г., память о ней сохранилась в ее родной больнице и вузе.

ВЫПУСКНИКИ АГМИ – СУПРУГИ ЖУРАВЛЁВЫ

ЕГУПОВ Никита Олегович
ЕЛФИМОВА Наталья Викторовна
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
Музейный комплекс СГМУ
2 курс. Лечебный ф-т. Стоматологический ф-т
E-mail: egup1@yandex.ru
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна

В ходе исследовательской работы с ветеранами нашего вуза мы узнали о супружеской паре Журавлёвых, которые окончили наш вуз и всю свою жизнь посвятили архангельскому здравоохранению. 30 марта 2014 г. мы отправились в гости к Лидии Михайловне и Альберту Яковлевичу Журавлёвым. Наше знакомство прошло очень хорошо. Нас тепло встретили, рассказали о своей биографии и ответили на несколько наших вопросов.



Лидия Михайловна Журавлёва родилась 20 ноября 1935 г. в славном северном городе Архангельске.

В 18 лет Лидия Михайловна поступила в Архангельский государственный медицинский институт (сегодня – СГМУ). Училась она на лечебном факультете, единственном в те годы, и в 1960 г. окончила его, получив специализацию «рентгенолог». По направлению три года проработала в Шангалах, которое в те годы было районным центром Устьянского района Архангельской области (лишь в 1975 г. центр перенесли в пос. Октябрьский). Персонала в больнице было мало, поэтому работу приходилось совмещать. Утром по плану – осмотр больных, а днём работа в качестве врача-окулиста. Но, несмотря на загруженный график и определённые трудности, которые пришлось преодолевать в то время, Лидия Михайловна считает, что «самые лучшие годы, самые интересные годы – годы практики».

С 1966 г. работала на кафедре лучевой диагностики, лучевой терапии и клинической онкологии АГМИ. В 1974 г. защитила кандидатскую диссертацию по теме: «Дегенеративно-дистрофические поражения шейного отдела позвоночника у рабочих "открытых" цехов лесодеревообрабатывающей промышленности Европейского Севера (рентгенологическое исследование)». В 1995 г. была избрана на должность доцента и работала в СГМУ до 2013 г. Проводила занятия со студентами лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов, читала лекции. Как специалист, проводила обследования больных торакального отделения онкологического диспансера, осуществляла консультации, выезды в районы области. С 1984 по 1986 гг. она исполняла обязанности заведующей кафедрой рентгенологии и радиологии; в 1991–2001 гг. – была председателем областного общества врачей рентгенологов и радиологов. На кафедре принимала активное участие в подготовке рентгенлаборантов, в работе курсов усовершенствования врачей, а также вела занятия с врачами-интернами. Вместе с кандидатом медицинских наук Р.А. Копосовой, профессором А.Г. Золотковым, кандидатом медицинских наук М.Ю. Вальковым является участником программы «Нетрадиционные методы диагностики и лечения опухолей различных локализаций». Л.М. Журавлёва награждена медалью ордена «Трудовой славы» II степени, медалью «Ветеран труда». В 2012 г. было опубликовано учебное пособие по рентгенодиагностике, над которым Л.М. Журавлёва работала совместно с Р.А. Копосовой.



Во время учебы в АГМИ на первом курсе Лидия Михайловна встретила своего будущего мужа – Альберта Яковлевича Журавлёва. Так получилось, что они учились в одной группе и всегда помогали друг другу по учёбе. Поддержка Альберта Яковлевича, имевшего навыки фельдшера, была для Лидии Михайловны незаменима.



Альберт Яковлевич Журавлёв родился 24 августа 1931 г. в селе Благовещенское Шенкурского уезда Архангельской губернии (ныне Вельский район Архангельской области) и был восьмым ребенком в семье. Отец его был простым землемером, поэтому пробивать дорогу в светлое будущее сыну пришлось самому.

Уже в 1950 г. он окончил Архангельское медицинское училище и в качестве фельдшера, по распределению, оказался на судах дальнего плавания, ходил в рейсы на Дальний Восток. В путешествиях он провёл четыре года, и с уверенностью говорит, что знает Дальний Восток лучше, чем свои Беломорские края. На мысль поступить в АГМИ Альберта

Яковлевича подтолкнули его однокурсники из медицинского училища, которых он встретил в Архангельске во время отпуска. После этого, набрав в библиотеке учебников, он вернулся на Дальний Восток и стал готовиться к экзаменам.

В 1954 г. его принимают на лечебный факультет АГМИ. Все шесть лет учебы он совмещал её с работой фельдшером. Преподавателями в институте были бывшие госпитальные врачи, демобилизованные военные врачи, которые имели огромный опыт работы с пациентами, ранеными, они учили студентов прямо у постели больного.

Альберт Яковлевич вместе с Лидией Михайловной отрабатывали свою практику в районной больнице, где, по их словам, они приобрели бесценный опыт и много практических навыков. После Альберт Яковлевич поступил в аспирантуру к Георгию Андреевичу Орлову.

С 1963 г. Альберт Яковлевич учился в аспирантуре при кафедре общей хирургии АГМИ, где подготовил и в 1967 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Оперативное лечение привычных вывихов плеча путем создания внутрисуставной связки из сухожилия длинной головки двуглавой мышцы с дополнительным укреплением суставной сумки аллопластическим материалом». В 1967 г. А.Я. Журавлёв стал ассистентом кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, зарекомендовав себя вдумчивым, умелым педагогом и научным исследователем. Еще в конце 60-х годов он в числе немногих исследователей нашей страны занимался проблемой изучения микроциркуляции.

Альберт Яковлевич был одним из инициаторов и организаторов кинофикации учебного процесса, проводил большую методическую работу по его совершенствованию. С участием студентов им созданы фильмы по истории Архангельского медицинского института.



На протяжении длительного времени он руководил студенческим научным кружком кафедры. В 1972 г. был избран старшим преподавателем, а в 1982 г. – доцентом кафедры, на которой проработал до 2013 г.

Лидия Михайловна и Альберт Яковлевич после выхода на пенсию так и остались жить в Архангельске. И к величайшему счастью, они согласились дать небольшое интервью и ответить на некоторые, интересующие нас вопросы:

* * *

Ст.: *Качество, которое Вы больше всего цените в мужчине?*

Лидия Михайловна: Надёжность.

Ст.: *А в женщине?*

Альберт Яковлевич: Надёжность, женские обязанности – кормить семью (варить харчи вкусные).

Ст.: *Ваша самая характерная черта?*

А.Я.: Добросовестность.

Ст.: *Что Вы больше всего ненавидите?*

А.Я.: Ложь.

Ст.: *Ваши любимые писатели?*

А.Я. и Л.М.: Чехов, Пушкин, Лермонтов, Достоевский.

Ст.: *Ваш любимый исторический герой?*

А.Я.: Нынешнее правительство старается следовать Столыпину. Очень много связано с реформой Столыпина, считает Альберт Яковлевич.

Ст.: *Исторический момент в военной истории, который Вы цените больше всего?*

А.Я.: «Десять Сталинских ударов». В войне победил народ, руководимый Сталиным.

Ст.: *Реформа, которую Вы цените особенно высоко?*

А.Я.: Октябрьская революция.

Ст.: *Ваш девиз?*

А.Я.: Не сдаваться.

Ст.: *Ваши любимые имена?*

А.Я.: Сергей, Анна. На самом деле имя – это всего лишь пустой звук, важно то, каким является внутренний мир человека.



ЧТОБЫ ЛЮДИ ДОВЕРЯЛИ... МУЗА АЛЕКСАНДРОВНА ЛАЗАРЕВА

**Лычаков Андрей Владимирович
Зворыкин Александр Сергеевич
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
Музейный комплекс СГМУ
3 курс. Лечебный ф-т
E-mail: land8437@gmail.com
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна**

Мы хотим рассказать про архангельского врача, выпускницу Архангельского государственного медицинского института (АГМИ) 1949 г. – Музу Александровну Лазареву, с которой провели интервью весной 2014 г. – накануне Дня Победы, что стало весьма символичным, ведь наши героиня получала профессию врача в годы Великой Отечественной войны. Встретив ветерана, мы вместе прошли в музей СГМУ, где она нам рассказала не только о себе и своей семье, но и о известных ученых, связанных с историей родного вуза.

* * *

Студенты: *Муза Александровна, расскажите, пожалуйста, о своей семье.*

Муза Александровна: Я родилась 16 июня 1926 г. Маму звали Софья Иоанновна, она окончила Ярославское Епархиальное училище для дочерей священнослужителей в городе Ростов-Ярославский, которое можно было приравнять по уровню воспитания к институту благородных девиц. У мамы было шесть сестер и два брата. Одна из сестер окончила Саратовский медицинский факультет и проработала детским врачом всю свою жизнь. Была заслуженным врачом. Две сестры окончили Епархиальное училище, как и мама.

Папу звали Александр Андриянович, он был крестьянином, в его семье были четыре сестры и два брата, он всегда был занят работой. Наша семья была дружной и любящей, папа и мама сильно любили друг друга. Мне кажется, что в семьях, где родители любят друг друга, дети всегда рождаются счастливые. Стремитесь к этому, ребята, чтобы любили вас и вы любили.

Ст.: *Муза Александровна, почему Вы решили стать врачом?*

М.А.: Вы знаете, успевала по всем предметам, особенно по литературе. С детства начала читать классику, была очень начитанной. До сих пор люблю читать Бунина, Достоевского, Чехова, Тургенева, Ахматову и других классиков.

Была возможность учиться на журналиста, но в то время тяжело болела мама, и я уехать в Москву не смогла. Одна из маминых сестер предложила поступить в медицинский институт. Поступила без экзаменов, потому что окончила школу с золотой медалью, в аттестате было записано: «Имеет право поступления в ВУЗ без экзаменов». В Ярославле проучилась 3,5 года, потом вышла замуж за морского офицера Григория Александровича и вместе с ним переехали в Архангельск к месту его службы. Поэтому в 1944 г. перевелась в Архангельский государственный медицинский институт. Был большой риск, что институт не окончу в связи с переездом в новый город. Но все оказалось благополучно, в 6-й группе, куда меня определили, была легко принята ребятами. Учеба в институте давалась легко, нравилось учиться, никаких отставаний не было, получала стипендию. В 1949 г. окончила институт, стала акушером-гинекологом, получив направление в Молотовский (ныне Северодвинский) роддом. Проработала там 8 лет, остальные – в спецполиклинике. После окончания института попала в золотые руки Анны Андреевны Белявской, которая делилась со мной своим опытом и научила меня многим полезным вещам. Предана клятве Гиппократова. Всегда заботилась о своих пациентках.

Ст.: *Муза Александровна, не могли бы Вы поделиться с нами воспоминаниями о жизни во время войны?*

М.А.: Войны особо я не видела, Ярославль бомбили по-страшному, одновременно налетало около 300 самолетов. Было страшно, кругом были нарыты щели. Во время бомбежки не хотела ходить в щель, мне было там *страшнее*. Жили мы в деревянном двухэтажном доме. Немецкие войска

находились от Ярославля в 150 км. У мамы всегда был припасен узелок с документами, провиантом. Голода особого в Ярославле не было, картошки было достаточно, были большие очереди за хлебом. Однажды мы пошли за хлебом, очередь была большая, и когда дверь в магазин открылась, люди в первую очередь забеспокоились о детях. «Детей, детей-то не задавите!!!» – обеспокоенно кричали люди. Хлеб выдавали всем, около 300–400 г.

Во время войны работала в госпитале, выполняла перевязки, ходила после школы и помогала медсестрам. Именно в этом госпитале научилась делать свои первые перевязки и получила прочие медицинские навыки. А потом в АГМИ уже совершенствовалась.

Ст.: Муза Александровна, в этом году исполняется 65 лет Вашему выпуску, не мог ли бы Вы нам рассказать поподробней о Вашем курсе?

М.А.: Запомнила, что сразу после получения дипломов был фуршет. Мы пошли в Клуб моряков на Поморской. От радости подкидывали председателя комиссии Логинова. Это был известный профессор-офтальмолог, вспоминаю его любимую фразу: «Без глаукомы нет диплома!». После этого я поехала показать диплом своей семье в Ярославль и отпраздновать это событие с родными. Потом, по направлению, я поехала работать в Молотовск (Северодвинск). С 1949 г. мы собираемся раз в пять лет. Сначала встречи нашего курса организовывал Саша Лапицкий, который с нами учился на курсе. Потом он много лет был главным врачом физкультурного диспансера. А когда Саша не стало, мы стали собираться без него. В последние годы нас, оставшихся в живых, объединяет Татьяна Николаевна Иванова. Она – самая известная из выпускников 1949 г., профессор. Ее дружба с сотрудниками музея нашего университета способствует тому, что нас теперь курирует молодежь. Замечательно нам организовали встречу выпускников в 2009 г. Тогда нас было на ногах около 10 человек. А сегодня осталось совсем мало, большинство уже умерли или лежачие, нам ведь почти по 90! Среди наших однокурсников было очень много хороших врачей: анестезиологи, окулисты, хирурги. Считаю, что врач сам должен дать себе оценку, верен он клятве Гиппократа или нет. Я вам говорю, что я верна клятве, данной при окончании АГМИ. Ни словом, ни звуком, ни каким-либо поступком, ничем не нарушила я ее. Знаете, моя врачебная деятельность была удивительно интересная. Я не пропустила ни одного диагноза, из моих рук не вышла нездоровой ни одна женщина. До сих пор как приду в спецполиклинику, так те, кто почти моего возраста или помоложе меня говорят: «Ой, это наша Муза!» Это ведь не просто так.

Ст.: Муза Анатольевна, Вы говорили, что Ваш муж служил на Военно-Морском флоте, можете рассказать нам о нем?

М.А.: Мой муж был старше меня на 13 лет. Этот человек в себе собрал все достойные людские качества, это скажу вам не только я, а и другие. Он был из простой семьи. Трое детей, мать – домохозяйка, отец работал в государственной рыбной инспекции. Окончил 10 классов досрочно и с отличием. И пошел в мореходку, которую тоже окончил с отличием и

досрочно. Когда тралфлот набирал курсантов, то выбрали и моего мужа. Ему потом пришлось приезжать сдавать экзамены в мореходке, между рейсами. Учился на механика, хотел быть в командном составе – штурманом или капитаном. Внешне был хорош собой, высокого роста. На траловом флоте его застала Финская война, отсюда он был взят на войну, в лыжный батальон. Девятый лыжный батальон в Финскую войну погиб почти полностью, а батальон – это 600 человек! После Финской началась Великая Отечественная война. На войну он уже отправился офицером, был направлен в Двенадцатую бригаду морской пехоты Краснознаменного Северного флота. Она была сформирована в основном из жителей Архангельской области, Вологды и Кирова. 30% было набрано с судов Северного флота, туда попал и мой муж. Был добровольцем. От первого до последнего дня мой муж был на войне.

Служил на минном заградителе «Штиль» и в Скольском проливе (Кольский полуостров) не пропускали немецкие суда и подводные лодки. Эта бригада была отмечена генералиссимусом Сталиным. Три последних салюта, были посвящены Северному флоту. Ведь только в Норвегию было высажено 13 десантов, последний был в октябре 1944 г., без потерь. Командиром этой бригады был полковник, [затем генерал-майор Василий Васильевич] Рассохин. Был лично знаком с моим мужем, и я с ним была знакома.

Гриша никогда про войну не говорил. Это был совершенно скромный человек. Если посмотреть фотографии, то он без орденов, колодки на пиджаке, и он сидит с самого краешку. Это скромность была подмечена всеми, в том числе и генерал-лейтенантом Рассохиним, начальником морского пароходства Кузнецовым, директором школы, моими родственниками и вообще всеми. До последнего дня Гришенька воевал. В октябре месяце 1944 г. их отправили в Киркенес, там они узнали об освобождении Заполярья, по этому поводу устроили салют, захватив пушку с девятью снарядами. Двое из его батальона живы и живут в Архангельске. Я держу с ними связь.

В Киркенесе они стояли до октября 1945 г., пока не очистили норвежское побережье от немцев. Только после этого разрешено было нашим командованием покинуть Норвегию. После он продолжал служить в штабе Северного флота, в Соломбале, еще 28 лет после войны. Затем стал работать в Архангельской мореходной школе. И тут проработал еще 26 лет. Много у него различных грамот, разных наград, награжден тремя орденами, 17 медалями, есть за боевые заслуги, за трудовое отличие. Он занесен в Книгу трудовой славы морского пароходства. Но больше всего он дорожил медалью «Защитнику советского Заполярья».

Ст.: Муза Александровна, что Вы можете пожелать нынешнему поколению?

М.А.: Как опытный врач желаю, во-первых: совесть. Совесть всему голова! Во-вторых: ответственность. У кого нет ответственности, у того нет любви к пациенту, своей работе, нет радости общения. В-третьих: чтобы люди доверяли.

ВОЕННОЕ УКРАИНСКОЕ ДЕТСТВО ЕКАТЕРИНЫ ГУБАРЕЦ

ПАНТЕЛЕЕВА Валерия Николаевна
ПЕШКОВА Нина Ивановна
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
Музейный комплекс СГМУ
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: lega-1994181@mail.ru
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна

*«Садок вишневий коло хати,
Хрущі над вишнями гудуть,
Плугатарі з плугами йдуть,
Співають ідучи дівчата,
А матері вечерять ждуть.»
(Тарас Шевченко, 1847)*

Накануне Дня Победы нам посчастливилось познакомиться с ветераном нашего вуза Екатериной Александровной Губарец. Ее рассказ о военном детстве потрясает своей человечностью.

* * *

Студенты: *Уважаемая Екатерина Александровна, расскажите нам, пожалуйста, о себе.*

Екатерина Александровна: Я родилась в крестьянской семье 11 мая 1935 г. в очень красивом, живописном украинском селе Радянское, которое находится в 3 км от города Бердичев Житомирской области и в 120 км от Киева. Отец был председателем колхоза, мама работала в этом колхозе. Жили с бабушкой и дедушкой в одной хате. Хата глиняная, просторная, чистая, крыша покрыта соломой. Бабушка была повивальной бабкой, ее звали Екатерина Ивановна. Она принимала роды у всех женщин села, все дети считали ее своей бабушкой. Даже когда в селе появилась акушерка, она на все сложные роды приглашала бабушку и роды заканчивались без осложнений. Есть поверие на Украине, что называть ребенка нужно в честь бабушки, дедушки или родных, и свое имя я получила в честь бабушки, ведь, когда одни уходят из жизни, остаются другие, живут и помнят об этом.

Жили очень дружно, хорошо, в достатке.

Ст.: *Расскажите, пожалуйста, чем запомнилась война.*

Е.А.: Когда началась война, мне было 6 лет. Папа, как председатель колхоза, по приказу Сталина должен был все имущество колхоза, технику, транспорт раздать членам колхоза, остатки уничтожить, чтобы ничего не досталось немцам. Пришлось собственный колхоз, в который он вложил все свои силы, разорить. Он выполнил приказ, и нужно было эвакуироваться. Положив на телегу кое-какие пожитки, семья поехала в сторону Киева. На одной телеге мама и я, на второй телеге – тетя Вера с двумя своими маленькими детьми (они приехали из г. Ленинграда погостить на лето) и

бабушка, а отец и дедушка управляли лошадьми. Остаться было нельзя, так как с семьей председателя колхоза и коммуниста, немцы расправились бы в первую очередь. Ехали в неизвестность. Не доезжая до Киева, у Белой Церкви, мы попали под бомбежку. Все смешалось, запомнились звуки немецких самолетов, крики людей, плачь детей и поля, где росла рожь – вот так мы встретили войну. Деваться было некуда и пришлось возвращаться обратно в свою деревню, в свою хату. Папа ушел в партизаны, бабушка, дедушка, их сын Сережа, который только что закончил среднюю школу, и мы с мамой жили одной семьей. Через несколько недель село оккупировали немцы. В деревне был назначен староста, к которому приставлен немецкий офицер. Ему доложили, про нашу семью, что отец коммунист, партизан. Пришли полицаи (местные, которые стали служить на немцев), все из дома забрали, подожгли дом, сарай, вывели дедушку Кузьму во двор... и расстреляли в упор. Это было в августе 1941 г. Маму допрашивали, пытали, хотели расстрелять, ставили к стенке, но оставили в живых. Жить было негде, родственники не могли приютить, так как за это последовал бы расстрел всей семьи. Пришлось поселиться в погребе (землянке), который был во дворе.

Начались холода, и я серьезно заболела – лихорадка, кашель, одышка, это была пневмония, я умирала в этом сыром холодном погребе. Мама пошла к старосте села, к немцу, и на коленях их умоляла помочь. Тогда немец начал переводить кому-то, что она говорила, и оказалось, что это был немецкий врач. Мама стала просить его, говорила «дочка умирает». Он пошел с мамой в подвал, осмотрел меня. Сделал укол. Вначале мама испугалась, но врач показал фото с маленькой девочкой, видимо это была его дочь. Спросил, как зовут, уверил, что девочка не должна умереть. В течение пяти дней он приходил утром и вечером и делал уколы. Мне становилось все лучше и лучше, и я поправилась. Шел октябрь 1941 г., в Германии уже был пенициллин, его-то и вводил мне врач. Так, благодаря врачебной этике и деонтологии, клятве Гиппократова, удалось выжить.

Наступила зима и нашу семью приютила соседка – мать-старушка и ее дочь-инвалид. Они сказали, что если их расстреляют, то никакой потери не будет. Так и прожили весь 1942 год. А я после болезни жила тайно у своей крестной, у которой было 6 своих детей.

Стоит рассказать, что за селом были сады, а за ними большой военный аэродром. И именно там немцы уничтожали евреев. Известно, что Бердичев – это город, где большая часть населения евреи, состоятельные люди и мастера. Их обманывали, велели брать в собой все самое дорогое, и толпами вели из города на этот аэродром. Дорога лежала через двор бабушки. Когда их доводили до огромных могил, отбирали драгоценности, ставили у края могилы, и они падали. Возможно, их убивали с помощью электричества, так как выстрелов не было слышно. Маленьких детей не убивали, а прямо так, живыми, бросали в могилы... Однажды бабушка, вышла из дома и ее приняли за еврейку и тоже потащили к могиле. Вся семья кинулась за ней. Бабушка

стала молиться на украинском языке, тогда ее отпустили. Это длилось на протяжении недели. Когда зарыли могилы, а это было лето 1941 г., август, над могилами всплыли потоки крови, это все разлагалось и был такой запах, что невозможно было жить в деревне. Это запомнилось местным жителям на всю жизнь.

Еще приходилось видеть, как привозили пленных солдат, их держали в клетках. Чтобы их накормить, детям давали картофель, хлеб, сало и они незаметно, ползком, добирались до пленных, передавали им еду.

В 1942 г. жители села почувствовали, что такое рабство – родители были с утра до вечера на полевых работах. Поля пшеницы, ржи, ячменя, гречихи – это все нужно было убрать вручную. Все собранное забирали и отправляли в Германию. После уборки урожая оставались колоски с зерном – дети собирали их, босиком по колючей стерне, по ногам текла кровь и эту боль помню до сих пор.

В январе – феврале 1943 г. село освободили от оккупации. До этого, чтобы не погибнуть, чтобы молодежь не угнали в Германию, население ушло в лес. Жили в двухъярусных землянках, сверху – дети, старики, а молодежь – внизу. Команды эсесовцев всех расстреливали, сжигали хаты, которые горели как костры из-за своих соломенных крыш, бросали живьем людей в колодцы и закрывали. Когда село освободили, люди вернулись домой. Всех молодых людей призвали в армию, была всеобщая мобилизация. Папу оставили в деревне, чтобы он восстанавливал колхоз. Вместе с детьми, женщинами, стариками, колхоз восстановили, и он в дальнейшем процветал. Как рассказывал мой отец, был необыкновенный урожай зерна и сахарной свеклы после оккупации, свободная земля одарила людей. От зари до зари работали все – и дети, и старики. Работа на земле – это тяжелый труд, но он приносит радость от обильного урожая. Начали строить всем колхозом людям хаты и у нас появилось свое жилье в 1944 г. Построили семилетнюю школу, дети оккупации стали первыми выпускниками.

У сельсовета стоял репродуктор, и на всю деревню, сообщили о Победе 9 мая 1945 г. Вся деревня радовалась и ликовала.

Ст.: Екатерина Александровна, а как Вы учились?

Е.А.: В 1942 г. со мной стал заниматься дядя Сергей, младший брат моего отца. Я была 7-летней девочкой – первоклассницей по возрасту, и к 1943 г. научилась писать, читать, считать. После освобождения от оккупации, меня взяли сразу во 2 класс, который я окончила за полгода. В 14 лет окончила 7 классов. И нужно было оставаться работать в колхозе. Никто не имел права уехать из колхоза. Все должны были там работать, паспорта в деревне не выдавали. Тогда мой папа дал возможность всем, кто закончил 7 классов (всего 14 человек) поступать в 8-й, в Бердичеве. Нужно было сначала сдать вступительные экзамены, так как мы были детьми из села. Успешно удалось сдать 8 мальчишкам и мне. Мы пошли в 8 класс, в среднюю школу № 8 г. Бердичева, которую окончила «на отлично», но с единственной тройкой по немецкому языку, потому что отказывалась изучать его, и никто

не мог меня переубедить. Я была секретарем комсомольской организации школы в 9–10 классах. Было трудно с учебниками, а мой дядя, студент педагогического института, доставал ей их, и после занятий в школе ребята собирались у нас во дворе, под орехами, за столом. Там мы готовили уроки, а я была их учительницей.

После 8 класса дядя повез меня на экскурсию, в Одессу. И так мне понравился город, институт, что я решила поступать именно туда. Директор школы отговаривал. Но все равно поступила в Одесский медицинский институт. А так как бабушка всю жизнь принимала роды, то поступила на педиатрический факультет. Там проучилась 4 года, потом вышла замуж за военного. В 1956 г. перевелась на 5 курс в Архангельский медицинский институт и в 1958 г. окончила его. После института работала участковым терапевтом в первой городской поликлинике г. Архангельска. Терапевт – это очень тяжелая работа и нагрузка, более 4,5 тысяч населения на участок. Затем поступила в клиническую ординатуру на кафедру факультетской терапии, в 1966 г. После окончания ординатуры 38 лет работала ассистентом на этой кафедре. В 1997 г. меня пригласили работать в областную психиатрическую больницу, заведовала всей терапевтической службой, здесь проработала еще 10 лет.

Ст.: Когда Вы начали задумываться о смысле жизни?

Е.А.: Я очень рано стала задумываться, потому что дети, которые столько пережили как я, рано взрослеют. Были такие трудности, что нечего одеть и обуть. Я не скажу, что голодала, до войны мы жили в достатке, а после войны, так как было все разорено и средств в колхозе не было, сами себя обеспечивали, жили натуральным хозяйством. Воспитывали меня трудом. Я уже в 12 лет была самостоятельной. Могла и корову подоить, и приготовить еду всей живности в нашем хозяйстве. Родители рано утром уходили на работу, колхоз выращивал свёклу. Каждой женщине один гектар земли со свёклой нужно было обработать, вырастить и сдать осенью на завод. Вот такая была работа мамы. С 12 лет она меня брала на работу. После изнурительных работ на поле сказала маме, что хочу учиться. И уже с малых лет у меня была цель – получить образование. В 17 лет окончила 10 классов. Обучаясь в Одесском мединституте, приходилось подрабатывать и жить на стипендию. Приходилось тяжело, но жили дружно и интересно, посещали кино, театр, танцевали на Приморском бульваре по субботам. Рано вышла замуж, конечно можно было и позже. На будущую профессию все-таки повлияла бабушка, ее называли бабка повитуха. Но мне вообще хотелось быть педиатром, очень хотелось детей лечить. Так сложилось, что перевелась в АГМИ на лечебный факультет. Я очень благодарна ректору и профессору А. Кирову, который мне разрешил на 5 курсе учиться по свободному расписанию, но при условии, если на протяжении одного года пройду все предметы, то переведут на 6 курс и допустят к государственным экзаменам. Я справилась. После пятого курса родила сына. И не разу в жизни я не пожалела, что стала врачом. Мне нравилась и практическая работа, и

преподавание, и учёба. Я на протяжении уже шести лет не работаю, хотя на кафедре проработала ровно 38 лет. Все врачебные конференции, всевозможные беседы за круглым столом, которые проходят, стараюсь не пропускать. Хотя я сейчас не практикующий врач, но не хочется отставать, помогаю себе и своим друзьям, пока знаний и опыта хватает.

Ст.: *Что цените в людях?*

Е.А.: Ценю добропорядочность. Двумличие и ложь терпеть не могу. Это может быть, общие фразы, но это важно.

Ст.: *Ваше отношение к медицине?*

Е.А.: Возможно, мое отношение к современной медицине покажется старомодным, и я, конечно, ценю использование высоких технологий при обследовании больных со сложными диагнозами и лечение их. Но я против постановки диагноза только по инструментальным методам, без должного объективного обследования пациента (аускультации, перкуссии, пальпации), так как врач не приобретает опыта работы и теряет клиническое мышление. Придерживаюсь давно существующей истины, что надо лечить больного, а не болезнь по стандартам.

Ст.: *Как проходили Ваши занятия?*

Е.А.: Начну с того, что врачей необходимо обучать в медицинском институте, где все подчинено только медицине. А с переходом на академию, университет – мы потеряли многих врачей. В Архангельской области всегда был недостаток специалистов. Оборудование есть, а работать некому; терапевтические участки оголены, врачи задыхаются от работы, а молодые, грамотные специалисты уходят работать в фармацевтические фирмы. Слишком много стало проверяющих, но при этом мало работающих. С уважением отношусь к работе семейного врача – врача широкого профиля, думаю это основа здравоохранения.

Я работала 38 лет ассистентом на кафедре факультетской терапии под руководством профессора, д.м.н. Т.И. Ивановой. Преподавала у лечебного и стоматологического факультетов внутренние болезни. Практические занятия длилось пять часов. Преподаватель должен был подобрать 10 больных перед приходом группы. На первом занятии распределяла студентам для курации пациентов. Каждый студент работал с больным на протяжении всего цикла занятий около месяца: обучался методике обследования, постановке диагноза и лечению, а также писал истории болезни. Итоговое занятие состояло из истории болезни, расшифровки ЭКГ и рентгена, ответов по анализу и рецепта. Перед написанием истории болезни он докладывал о больном на практическом занятии, студенты группы и преподаватель обсуждали информацию. На практических занятиях проводился разбор и обследование около 3–5 пациентов с одним диагнозом, но различным течением, лечением и прогнозом заболевания, вырабатывая у студента клиническое мышление в плане дифференциальной диагностики для постановки диагноза. Обучающиеся работали в лабораториях, расшифровали ЭКГ, познакомились с работой кабинетов функциональной диагностики, УЗИ, рентгенологического

и реанимационного отделениями. Стоматологов обучала еще неотложной терапии, за что их высоко ценили главные врачи больницы.

Я уверена, что такая подготовка дала свои результаты – наши специалисты считались одними из лучших в СССР.

Ст.: Чувствуете ли Вы себя одинокой?

Е.А.: Обслуживаю себя и хожу в магазин сама. Хотелось бы больше заботы, внимания детей и внуков, но они все много работают и очень заняты. Я их не беспокою, но знаю, что если потребуется помощь – всегда помогут и не в чем не откажут.

Ст.: Ваше отношение к Богу?

Е.А.: Я человек верующий, крещенная. Молюсь, хожу в храм. Если бы я встретила Бога, то попросила не для себя, а прощение грехов и благословения для детей, внуков и правнуков. Сам Господь решит, что я заслужила, то и получу. Не ругаюсь и не назидая – никому ничего не сделала плохого, помогаю людям. Я верю в Господа, в Его решения моей жизни, так как нам ничего неведомо. Прошу прощения о моих согрешениях, но Иисус Христос своими ранами и своей кровью простит нам грехи. Кровь Христа омыла меня от всякого греха.

Ст.: Много ли Вы видели смертей?

Е.А.: За 50 лет работы врачом приходилось видеть, как умирают тяжелые больные, но всегда, до последнего вздоха, старалась помогать больному остаться живым. Особенно запоминаются молодые, но, к счастью, их было немного. Вспоминаю юношу, который умирал от почечной недостаточности. В клинике и дома я его лечила около трёх лет. Сейчас при помощи гемодиализа он бы не умер ... Современная медицина далеко шагнула вперед и многим спасают жизнь – это очень радует.

К ЮБИЛЕЮ УЧАСТНИКА ВОЙНЫ ЕКАТЕРИНЫ АРТЕМОВНЫ ПОНОМАРЁВОЙ

**НАЗАРОВА Наталья Леонидовна,
РОГАЛЕВА Анна Константиновна**
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
Музейный комплекс СГМУ
2 курс. Лечебный факультет
E-mail: rognusa@yandex.ru
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна

Накануне Дня Победы у нас состоялась беседа с ветераном Великой Отечественной войны Екатериной Артёмовной Пономарёвой (до замужества Ермишевой), служившей во внутренних войсках местной противовоздушной обороны и сохранившей яркие воспоминания о пережитом. Ее судьба полна героизма, а сама она жизнь свою считает обычной для своего поколения. Сейчас Екатерина Артёмовна мать троих детей, бабушка, прабабушка.

Студенты: *Уважаемая Екатерина Артёмовна, расскажите, пожалуйста, о себе и о своей семье.*

Екатерина Артёмовна: Я родилась 21 ноября 1924 г. в городе Архангельске. Родители были рабочими, в семье трое детей – я была старшая, после меня ещё две сестры. Каждая из нас плавать умела, пели и плясали все хорошо, но мне кроме этого ещё очень нравилось читать. Всё детство моё прошло на Майской горке. Дома там были – одни деревяшки, вот в таком же и мы жили. Стоял он у реки, школа там же была, неподалёку. Помню, когда учились, бегали всей школой на переменах на речку смотреть, как лёд идёт – тогда за рекой ведь не следил никто, специально лёд не взрывали, поэтому трескался он с очень громким треском.

Ст.: *Екатерина Артёмовна, мы бы хотели узнать, как изменилась Ваша жизнь с началом войны?*

Е.А.: Война началась, когда я оканчивала 7-й класс. Всех мобилизовать начали, и мы тоже, как патриоты, в военкомат побежали. Отца нашего забрали, хоть он и был уже в пожилом возрасте. Брат как раз служил в армии в то время, так он с войны и не вернулся. У матери сердце большое было, она работала на лёгких работах. После 7 класса я поехала учиться в АЛТИ на связиста. Только вот, как оказалось, не моё это. Учёбу бросила, хотелось мне чего-то живого, с людьми работать хотелось. Я записалась добровольцем в Армию. Когда всех организовано записывали работать, меня определили сначала учеником кладовщика на тарные базы, а следом – на оборонные работы, хоть мне и 16 лет тогда ещё не исполнилось. У меня же и образования-то никакого не было – только школу окончила! Да и об окончании школы документа не догадалась взять, а потом они и сгорели, когда пожар был. Остались ведь одни женщины с детьми, больные да старики, вот нас и отправили, снабдили ватниками, брюками, валенками, дали шапки-ушанки и рукавицы. Мы там копали окопы, строили блиндажи. А был тогда уже ноябрь месяц, земля промерзать начала, тяжело было. Рабочая пайка была – 800 граммов в день мороженого хлеба. Идти на работу надо было через снежные пустыни за городом – не в городе же блиндажи строить! И долбили мы пиками эту замёрзшую землю, а когда уж совсем это невозможно делать стало, нас, кто молоденький совсем, отправили в лес – собирать материал для укрепления. Обрато домой вернулись все обносившиеся, даже казённые валенки – и те порвались. Платица, какие брали с собой, обменяли на лишний кусок хлеба. Везли нас в вагонах, где скот перевозят. Спали вповалку, там не было ничего – ни нар, ни матрасов. До Исакогорки доехали, до Архангельска пешком идти теперь, а переправы-то нет. Мостов не было в те времена ещё, не построили. Хорошо хоть зима была, по льду и перешли. А потом нас взяли дружинницами. Обучили ухаживать за ранеными, делать перевязки. Меня назначили звеньевой, выдали сумку с медикаментами, при мне были два человека с носилками. Мы бойцов на носилках до ближайшего пункта оказания помощи доставим, дальше уж транспортом отправляем в госпитали. А госпитали, кстати, в

зданиях школ располагались, поэтому половина школ не работала. Но хуже всего было бойцов с левого берега в госпиталь доставлять – на волокушах через реку: доски, лыжи, верёвки – и потащили. С ранеными надо быть деликатным – они же капризные становятся, а ты потом уже терпимым становишься и понимающим, не обращаешь внимания даже на это. Наша работа была – спасти раненых. Для этого надо иметь душу.

А потом начались бомбёжки Архангельска. Предупреждения никакого об объявлении военного положения даже не было – армады самолётов просто полетели на Архангельск и начали бомбить город.

А в 1943 г. пришло распоряжение из Москвы о зачислении в санитарную роту Архангельска. Обязанность наша состояла в том, чтобы прямо во время бомбёжки, во время тревоги собирать раненых, оказывать им помощь. Выдали форму, обучили военному делу, отправили меня в сержантскую школу. Окончив курс обучения, мы с подругой Дусей Пиджаковой, по распределению отправились в Ригу. И мы, девочки, выросшие в деревянных домах, у реки, оказались под большим впечатлением от этих огромных разноэтажных домов размером с квартал, с отдельными подъездами к каждой квартире. В Архангельске мы привыкли на обед ходить строем, есть из котелков, думали – так везде заведено. В Риге же во время обеда на столе стояли супницы, каждый сам накладывал себе суп, брал хлеба, сколько хотелось, а не сколько по пайке положено. И старшина был очень добрый, а контингент – одни латышки, девушки, такие же, как мы. Домой в Архангельск вернулась в 1945 г.

Ст.: Екатерина Артёмовна, какие события произвели на Вас наибольшее впечатление? Что было самым страшным?

Е.А.: На Первомайской была колония заключённых. И случилось так, что бомба упала прямо на них. Прямое попадание. Горы трупов и ни одного выжившего. Ужасно просто. Впечатление неизгладимое. Связист встал около забора, и вот в следующий момент я смотрю – стоит тело одно без головы. А голову снесло ударной волной. Все трупы увозили в морг. Меня послали опознать и привезти, чтобы похоронить. Поехала в морг. Здание большое, в середине – куча набросанных тел. Чтобы найти наших, остальные тела отбрасывали в разные стороны. Никто ведь не считал погибших.

В 41–42 гг. бомбёжки сильные были. Союзники наши стали оборудование поставлять, да и питание тоже. А поезда ходили только до левого берега, там и склады все были, а перевозили всё паромом. Поэтому бомбили-то в основном по реке. На деревянный город много бомб скидывали – дерево ведь горит хорошо. И вот мы выбегаем и слышим шум – самолёты летят. И этот шум... как будто всё вокруг трясётся, и кажется, что всё прямо на нас летит, и колени сами пригибаются уже. Но нет, вот она где-то вдалеке взорвалась, и мы продолжаем работать. На деревянный город чаще сбрасывали «зажигалки» – зажигательные бомбы. «Деревяшки» горят, освещают цель, и бомбы можно сбрасывать не вслепую. Вот нас обучали, как с такими бомбами обращаться: она пока не стукнется – не воспламенится, и в

каждом доме был дежурный, и стояла бочка с песком или водой, и были щипцы с рукавицами. Население дежурило, тушило эти «зажигалки».

И был ещё такой эпизод, очень неприятный, запомнился мне на всю жизнь. На 2-м лесозаводе на берегу, там лес подвозили, пилили его. А мы иностранцам поставляли обработанные доски, хорошие. Судно подошло высокое-высокое. И мы, девушки, на вагонетках эти доски завозили по трапу на корабль. Идём, качаемся под этой тяжестью, а наверху, на корабле, стоят эти иностранцы, скалят зубы и кричат «Русь! Девчата, Русь!» и кидают нам булки. Очень это было обидно, никто этих булок и не брал, конечно же, хотя голод был страшный. А трюмы там были большие, надо было все заполнить их. До сих пор ощущение гадливости испытываю, когда вспоминаю об этом.

Ст.: *А как же закончилась для Вас война? Как Вы узнали об этом?*

Е.А.: 9 мая в 4 часа утра, когда мы узнали, что закончилась война, мы были ещё в Риге. Было на улице прохладно, свежо. Все собрались на площади, поздравляли друг друга, радовались, обнимались, бросали шапки в воздух, все вдруг стали друг другу будто родные. А вокруг рос жасмин и стоял такой восхитительный аромат! Как же это было прекрасно... Возвращались домой мы весело, с песнями.

Ст.: *Екатерина Артёмовна, какова была Ваша жизнь после войны?*

Е.А.: Перед войной еще, сшили мне пальто да платье, а когда приехала – ни одной тряпочки от этого не осталось, вот я и ходила все в военной форме. Вернувшись, поступила на работу счетоводом в райсобес, где пять лет работала, получила профессию бухгалтера, работала в строительстве.

Потом начали приходиться подарки из разных стран, вещи разные, и хорошие причём, все через райсобес. Мне начальник дал два платья красивых, пальто импортное подарили. Я бы сама никогда за всю жизнь не завела таких вещей.

Вышла замуж. Жизнь пошла своим чередом. Муж мой окончил партийную службу. Мне он сразу очень понравился, как его увидела. Он носил форму, был очень грамотен, эрудирован, относился ко мне серьёзно и с уважением. Он был ранен, стопу ему раздробило, пришлось ампутировать, но не очень удачно провели операцию, и нога воспалилась. Уехал на лечение в другой город, но через некоторое время он сбежал оттуда и вернулся ко мне. Больше мы и не расставались. Когда стали вместе жить, ему дали квартиру в деревянном доме, там мы и поселились.

Ст.: *В чём же секрет Ваших с мужем взаимоотношений? Какие черты характера в мужчине для Вас наиболее важны?*

Е.А.: Просто его любила. Ничего особенного. Он был серьёзный, уважительный, очень любил детей. Ему сильно хотелось сына, но у нас три дочери. Но ничего, он привык и любил их не меньше, чем любил бы мальчика. А мне так девочки даже лучше.

Ст.: *Чем Вы больше всего любите заниматься на досуге?*

Е.А.: Я всегда любила читать, исторические книги в особенности. Читала их буквально запоем: Три мушкетера, Всадник без головы и тому

подобное... Сейчас вот глаза совсем плохие стали – не вижу ничего почти, теперь и не считаешь особо.

Ст.: *Екатерина Артёмовна, а насчёт друзей что Вы можете сказать?*

Е.А.: Друзья... Было у меня две подруги, но как-то мы потеряли друг друга. Потом все друзья семьи, мужа – тоже семейные пары, коллеги по работе. Люди все интеллектуального склада ума, эрудированные, уверенные в себе. Такие мне и нравились всегда, а вот слабышей не люблю. Я всегда могла отвечать за себя и свои действия, и друзья у меня такие же были – трудоспособные, любящие свое дело.

Ст.: *Екатерина Артёмовна, и напоследок мы бы хотели спросить, есть ли у Вас какой-нибудь девиз или жизненное кредо, правило, которым Вы руководствуетесь по жизни?*

Е.А.: Главное моё правило – не бросать слов на ветер. Слова не должны расходиться с делами, нужно уметь отвечать за свои поступки.

ВСТРЕЧА В ГОСПИТАЛЕ С ВЕТЕРАНОМ АЛЕКСАНДРОМ ВАСИЛЬЕВИЧЕМ ЕЛФИМОВЫМ

**СЕЛИВАНОВА Анастасия Эдуардовна
ПАШКОВА Екатерина Анатольевна**
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
Музейный комплекс СГМУ
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: nastyamakarova.ark@gmail.com
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна

Накануне Дня Победы мы впервые побывали в Архангельском госпитале ветеранов войн, в округе Варавино – Фактория, где особый почет и уважение ветеранам Великой Отечественной войны. Один из них – участник войны Александр Васильевич Елфимов. Он рассказал нам о своей жизни, о войне, о дружбе и о любви, о старом Архангельске. С самого первого Дня Победы прошло уже 69 лет, и сегодня остается все меньше людей, кто воочию повидал все ужасы войны, поэтому очень важной задачей для нас является сохранение знаний и опыта, накопленных этими людьми.

* * *

Студенты: *Здравствуйте, нас зовут Анастасия Селиванова и Екатерина Пашкова, мы студентки второго курса медицинского университета. Мы хотели бы задать Вам несколько вопросов, если Вы не против. Александр Васильевич, расскажите, пожалуйста, немного о себе.*

Александр Васильевич: День добрый. Ну что ж, мне уже 91 год. Родился я в городе Емецке (сейчас – это село и даже не районный центр, каким он был когда-то), там и учился. А потом поступил работать на Судострой (Северодвинска тогда не было, был так называемый поселок Судострой) на постройку корабля, проработал там 2,5 года. На защиту Родины пошёл в марте 1942 г., мне было тогда 19 лет. Всю войну прошел

рядовым солдатом, первое боевое крещение принял на Курской дуге. Там я получил первое ранение в руку. Отправили в госпиталь на Волге в Ульяновскую область на лечение, вернулся в то же самое подразделение. Битва на Курской дуге к тому времени уже закончилась. Догнал фронт только под Киевом, а от Киева всю Украину прошел: Житомир, Винница, Каменск-Подольск, Дрогович, Бердищев, Львов, Черновцы. Передвигались пешком да на лошадаках.

Ст.: Война – тяжелое испытание, а какие отношения были у Вас с солдатами. Наверно, появились боевые друзья?

А.В.: Армия была многонациональная: русские, белорусы, украинцы, казахи, узбеки. Жили абсолютно дружно, никакой дедовщины, уважительное отношение. Сейчас очень грустно смотреть на то, что происходит в Украине. Львов защищала освободительная армия Украины, но они разнюхали, что подошла свежая часть, с нами драться не стали, Львов отдали без всякого боя, что-то легонькое. Так оказались в Польше, пройдя через Украину. К концу 44 года освободили Украину и кусок Польши. Зашли в Чехословакию, были у Карпат. Война есть война: терял своих друзей, знакомых. Знакомились быстро на фронте: солдатский котелок на двоих, так что идешь с незнакомым солдатом, давали пищу в одном котелке, кушали из одного котелка, вот таким путем и получалась дружба. Друг был казах, уже умер. В Чехословакии я заболел, в госпиталь попал, но уже совсем в другую санитарную часть, быстро поправился. А после лечения попал в Кенингсберг, на третий день боев меня ранили, в конце марта это было. Вылечился, демобилизовался, и поступил на работу в Архангельске.

Ст.: Архангельск – далекий город от Кенингсберга. Почему именно сюда, а не в родной Емецк?

А.В.: Мама работала на Исакогорской лесобазе на дамбе. Так и остался в Архангельске. В Архангельске – недостаток кадров, везде не хватало ни рабочих, ни специалистов, ни служащих. По чистой случайности работал в Доме Советов. Работал, как и все, в довоенные и послевоенные годы, ничего выдающегося. Потом судьба забросила в город Онега, где сейчас и проживаю. Бываю в Емецке, там у меня остались родственники. Емецк – родина Рубцова. Его почитают – сквер Рубцова, там памятник ему стоит.

Ст.: Александр Васильевич, расскажите немного о Ваших родственниках.

А.В.: Был брат, уже ушел, внуки, правнуки – все разлетелись. Двоюродная сестра жила в Исакогорке, влюбилась в авиацию, пешком зимой попадала в Кегостров, где был аэроклуб. Энтузиастка летного дела, закончила аэроклуб, прошла летчиком войну. Внучка закончила юридический, педагогический, Институт Управления в Мурманске. Сейчас работает в суде. Внуки – предприниматель и слесарь, хорошие ребята. Правнучки по телефону разговаривают (3 лет еще нет).

Ст.: Большая семья – это хорошо. Кенингсберг, Мурманск, Емецк, Онега, пол-России за плечами, а что Вас связывает с нашей столицей Севера?

А.В.: Архангельск знаю с 30-х годов, был здесь в детстве. Часто бывал в центральной части города, она мне хорошо известна. Город сильно изменился. Архангельск весь перестроился, Чумбаровка непроезжая и непрохожая была, а сейчас привели в порядок. Был травмой, дороги все были булыжные: Набережная, Павлина Виноградова. Новгородский – деревянные дома. По Поморской идти вглубь – Обводный кончался здесь, за Обводным было болото, где народ собирал ягоды. Где магазин «Богатырь», тоже было болото. В другую сторону – Урицкий, Смольный Буян. На север – город заканчивался у областной больницы. В Соломбалу был деревянный плавучий мост. На моих глазах вырос и Северодвинск, знаю его с первой сваи, домов, бараков. Тогда был шпалорезный завод. Архангельск – маленький городок. Напротив центрального магазина в Архангельске стояла парашютная вышка, между Театральным и Банковским переулками. По вечерам прыгали. Через Северную Двину не было мостов, с Урицкого бегали пешком по нерасчищенной дороге. В летнее время – пароходы «Москва» и «Коммунар», с левого берега, на пристани был «холодильник» (сломали недавно), правее – макаровские бани.

Ст.: Очень интересный рассказ, Александр Васильевич, а какова была жизнь солдата во время войны?

А.В.: Солдат есть солдат. Что касается войны, тяжелая, опасная работа для солдат. Солдат не знает, накормят его или нет, где он будет ночевать: или под сосной в лесу, или в хате постель хорошую постелят. Жизнь солдата непредсказуема, тяжелая жизнь. О войне можно рассказывать бесконечно. Условия тяжелые. Солдаты небритые, немытые – были вши. Приходила изредка передвижная баня: брезентовая палатка с полухолодным душем. Кусочек мыла с полпальца редко-редко. Одежда была, одевали неплохо. Форменная одежда: брюки, гимнастерка, шинель. Но шерстяной свитер? Нет. Рубашка полотняная. В зимнее время – штаны и рубашка с начесом, шинель, никаких шарфов. Были свои сапожники в каждой части.

Ст.: Кроме холода извечной проблемой был еще и голод?

А.В.: Не голодали. Армию снабжали. Но вот Архангельск голодал, очень тяжелое положение. Архангельск спас тюлень. На сале и картошку жарили, и сапоги этим же салом мазали. Город очень голодал. Как только началась война, сразу стал ощущаться недостаток продуктов, семейные еще перебивались, холостяки грустили. В столовой – суп гороховый, запеканка гороховая, кисель гороховый, потом и гороха не стало – суп из чечевицы. Была карточная система, 800 грамм – самая большая норма, детям – меньше хлеба. Все по талонам: сахар, масло. Особенно плохо, если человек потерял карточки. Можно было считать, пропащий человек.

Ст.: Условия поистине нечеловеческие, тяжелее всего наверное было женщинам?

А.В.: Женщины на войне были, например, в передовых частях – снайперы. В тылу очень много женщин: в штабах, армия идет – продуктово-фуражные склады, связистки, санитарные батальоны: санитарки.

Ст.: Александр Васильевич, женский вопрос. Какими были отношения между мужчинами и женщинами на войне, после войны, как Вы знакомились?

А.В.: А как молодежь знакомится? После войны, на танцах, где больше? Приглянулась девушка, больше года дружил, решили пожениться. Она воспитывалась у знакомых, родителей не было. Ушла из жизни очень рано.

Ст.: К нашему времени написано столько разных книг о войне, а как обстояли дела с книгами на самой войне?

А.В.: Во время войны не было времени на книги, лишь в госпитале на Волге. В зоне военных действий ни о каких книгах и разговора не было. Дефицит во всем – написать родственникам – настоящая проблема, командир даст листочек бумаги, никаких перьевых ручек, только карандаш. Были походные типографии, но тираж дивизионной газеты – 100-200 экз, не доходили до солдат. Дефицит бумаги.

Ст.: Бумаги не хватало, интернет еще не изобрели, как же Вы связывались с родными?

А.В.: Писали письмо и складывали треугольничек. Никакой марки, ничего не заклеивалось, треугольнички всю войну писали солдаты. В каждой части была почта. Писал письмо, сдавал командиру, командир сдавал на почту. Почта работала отлично – письмо до Архангельска из Украины шло всего неделю. Писать было не о чем. О чем солдат может написать? Миллионы писем шло. Конвертов как таковых не было, не только солдаты писали треугольнички, но и население, но они уже марочку наклеивали.

Ст.: Мы с Вами сейчас находимся в здании Архангельского госпиталя для ветеранов, Вы можете сказать пару слов о нем?

А.В.: Доволен госпиталем, каждый год два раза в год лечусь, хорошо встречают, все уже знают, езжу уже почти 20 лет. Персонал на глазах вырос.

* * *

Вот такая была жизнь на войне. Как жаль, что людей, которые могут рассказать об этом, становится всё меньше. Мы знаем, что в Онеге молодежь шефствует над Александром Васильевичем, поэтому мы спокойны за него.

ЗНАМЕНИТЫЙ ХИРУРГ ГОРОДА АРХАНГЕЛЬСКА – ВИКТОР ПАВЛОВИЧ РЕХАЧЕВ

СПИРИДОНОВА Людмила Викторовна
Северный государственный медицинский университет
2 курс. Лечебный ф-т
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна

Для меня была большая честь познакомиться с таким необыкновенно талантливым, сильным духом, оптимистичным человеком, да и еще профессиональным хирургом – Виктором Павловичем Рехачевым.

Виктор Рехачев – врач-легенда города Архангельск. Было очень непросто отрывать от работы Виктора Павловича. Он, окруженный

десятками студентов и врачей, постоянно был в работе: обходы, консультирование больных и их родственников, а также он параллельно пытался объяснять что-то студентам. И хочу отметить, что этому человеку 83 года! Несмотря на то, что по внешнему виду ему спокойно можно дать всего 63 года, а его активной деятельности и компетентности может позавидовать любой молодой врач!

Когда, наконец-то, мне все-таки удалось попасть в кабинет нашего врача-легенды, первое, что мне невольно бросилось в глаза – это множество наград, грамот, дипломов, благодарностей, а также поразила необыкновенная аккуратность его кабинета: все на своих местах, все по полочкам.

* * *

Студент: *Уважаемый Виктор Павлович, первый вопрос, который так и не терпится задать: как, каким образом Вы, пережив тяжелейшие военные времена, имея такую ответственную и сложную специальность, как хирург, до сих пор сохраняете спокойствие и активную позицию в жизни?*

Виктор Павлович: Я просто смотрю на жизнь оптимистично. Много, конечно, негативных ситуаций случается, но как говорится, если что-то плохое, то оно уже прошло и нечего по этому поводу сожалеть, а что там будет впереди – так надо надеяться всегда только на лучшее. Все зависит от самого человека. Я считаю, что не надо никому завидовать, не нужно злиться, так как эти качества ухудшают состояние самого человека. Я считаю, нужно больше оптимизма, положительных эмоций, стараться находить радость и в дождике, и в солнышке!

Ст.: *Виктор Павлович, а как Вы себя ощущаете сейчас?*

В.П.: А хорошо, я себя прекрасно чувствую! По определению, здоровье складывается из трех составляющих: психическое, физическое и социальное благополучие. У меня все это есть: и семья, и физически я чувствую себя замечательно, и в друзьях и товарищах я не обделен. Я с уверенностью могу сказать, что у меня все хорошо в жизни!

Ст.: *Очень радостно слышать от Вас такие оптимистические нотки. В действительности, даже от нынешнего поколения редко услышишь такие слова. Скажите, пожалуйста, какими качествами, на Ваш взгляд, должен обладать настоящий мужчина?*

В.П.: Каждое поколение умнее предыдущего, потому что оно стоит на плечах предыдущего. Как говорил Эйнштейн: «Молодость – это особое состояние человека, когда у него все впереди». Конечно же, все общечеловеческие и общехристианские принципы, такие, как: честь, достоинство, совесть, ответственность; ну, а в медицине это, прежде всего – милосердие, человеколюбие. Ведь встречаются разные люди с различными заболеваниями, и врачу просто необходимо проявлять гуманность ко всем пациентам без исключения.

Ст.: *Тогда какими качествами должна обладать женщина?*

В.П.: Женщина – это прежде всего мать. Она должна быть добрее, нежнее, мягче, сострадательнее мужчины, прежде всего, заботиться о детях и хранить семейный очаг.

Ст.: *Война – это такое время, когда совершаются настоящие подвиги: смерть за родину, за родных и за друзей... Наверняка и Вы, Виктор Павлович, можете похвастаться своими настоящими друзьями?*

В.П.: К сожалению, я сейчас в таком возрасте, когда «все больше и больше друзей под землей», – по словам А.С. Пушкина. Друзья просто так не возникают. Да, у меня много товарищей, но друг остался всего один, он сейчас проживает в Санкт-Петербурге.

Ст.: *Какими качествами обладали Ваши друзья?*

В.П.: Это прежде всего, верность, которая превышает даже родственную. Сейчас, в основном, между родственниками возникают больше меркантильные отношения, чем искренние. Как говорят: «Друзья познаются в беде», когда ты испытываешь трудности, горе, на них всегда можно опереться.

Ст.: *С каждым заданным вопросом, меня не перестает удивлять Ваша грамотность, начитанность, философские размышления и бесценный опыт. Поэтому я даже не знаю, есть ли вообще смысл, спрашивать об имеющихся недостатках у Вас?*

В.П.: Конечно, есть, а у кого их нет? Вот мне, например, не хватает собранности, чувство обязательности не всегда мне удается соблюсти. Не хочу сказать, что я ленивый человек, но иногда появляется желание сделать больше дел, чем обычно. Человека без недостатков просто не существует! Хотя, все-таки есть такие люди, которые своим поведением, своими делами приближаются к лику святости, – это очень хорошо описывается в книге «Несвятая святых».

Ст.: *Виктор Павлович, Вы меня не перестаете удивлять Вашей необычайной начитанностью. Сам собой напрашивается вопрос о Вашем любимом занятии в свободное от работы время?*

В.П.: О, их много: и на даче люблю покопаться, и в лесок сходить за грибами и за ягодами, раньше еще увлекался охотой, рыбалкой, но сейчас, к сожалению, уже возраст не позволяет. Да, ну и конечно же, чтение хороших книг! Без этого никак!

Ст.: *А как Вы для себя определяете понятие «счастья»?*

В.П.: Вообще нет четкого определения «счастья». Как поется в песне: «Счастье у всякого неодинаково». Каждый человек имеет свое понятие счастья. Для меня – это прежде всего психическое, физическое и социальное благополучие. Например, человек заболел, и это будет уже для него несчастьем, а если он поправляется, например, ему снимают швы – это уже счастье. Счастье складывается из многих составляющих. Ведь жить – это тоже счастье! Если обратиться к христианской религии, то можно сказать, что ты проснулся, руки, ноги на месте, можно идти на работу и еще прожить

один замечательный день – за все это уже надо благодарить Бога и быть счастливым!

Ст.: *Каждый человек хотя бы раз, но задумывался над тем, какой он в действительности, пытался в себе что-то изменить, рисовал в воображении какой-нибудь идеальный образ самого себя. Был ли у Вас такой опыт, хотели ли Вы в себе что-либо изменить?*

В.П.: Конечно, ведь каждый человек, доживая до определенного возраста, делая соответствующие выводы, все равно остается неудовлетворенным собой. Обычно в молодости ставишь себе глобальные цели. Я, например, хотел быть военным, моряком, археологом... Разные были мечты, но судьба так сложилась, что я стал врачом, и я нисколько не жалею, так как считаю, что выбрал самую благодарную специальность. Естественно, всего чего я хотел бы достичь, я не достиг. Очень завидую доброй завистью сегодняшним молодым хирургам, которые обладают большими возможностями, лучшей аппаратурой, новыми знаниями, чем я в свое время. И я очень рад за них, так как все идет своим чередом, как я уже говорил, что нынешнее поколение лучше во всех отношениях предыдущего.

Ст.: *Виктор Павлович, на протяжении всей беседы по Вашим многочисленным цитатам из книг, я поняла, что Вы очень любите читать классическую литературу. Ну и, естественно, хочется узнать кому из писателей, поэтов Вы отдаете свое предпочтение?*

В.П.: Да, читать я очень люблю, жаль, что сейчас не хватает на это времени. Я очень люблю произведения А.С. Пушкина. У меня очень много собрано о нем литературы. Также мне нравится читать исторические произведения. А вот фантастика мне не подходит. Из поэтов я предпочитаю нашего северного Николая Рубцова, очень люблю его стихи.

К сожалению, нынешнее поколение совсем перестало читать книги, все теперь заменяет телевизор. Я считаю, что, когда человек читает – то он мыслит, а телевизор забирает эту возможность, да и программы сейчас очень деструктивными стали, совсем не развивают нынешнюю молодежь.

Ст.: *Да, с этим не поспоришь. Телевизор и интернет стали бичом XXI века. Но если вернуться к положительным эффектам книг, наверняка, у Вас были любимые герои или героини, которые были образцом для подражания?*

В.П.: В те времена мы все были воспитаны на литературных героях. Будучи пионерами, мы старались подражать Тимуре из знаменитой повести А.П. Гайдара «Тимур и его команда». У нас даже было свое тимуровское движение, мы верили, что нужно много работать, помогать семьям фронтовиков.

Ну, а любимых героинь у меня особо нет. Причисление к героиням Жанны Д'Арк, Зои Космодемьянской – все это вопрос философский для меня.

Ст.: *А признаете ли Вы каких-нибудь героев сегодняшнего дня?*

В.П.: В идеале каждая эпоха имеет своих героев. Но сейчас я даже затрудняюсь ответить на этот вопрос. Кто сейчас является героем у

молодежи? Возможно, Павел Дуров, которому 29 лет, он заработал на проекте «в контакте» миллионы и сбежал в Саудовскую Аравию, где живет припеваючи. Просто парень оказался в нужном месте и в нужное время, вот и все. Скорее всего, президент – вот наш герой! (смеется)

Ст.: *Виктор Павлович, а есть ли у Вас такие литературные герои, которых Вы недолюбливаете, презираете?*

В.П.: У меня нет особо резкого неприятия какого-либо образа, ведь каждого персонажа можно воспринимать двояко, например, того же самого Обломова или Ревизора.

Ст.: *А как Вы относитесь к музыке?*

В.П.: Положительно! Уже с середины XIX в. музыка использовалась для лечения заболеваний, она успокаивает психику человека, снимает напряжение, улучшает настроение. Была даже защищена диссертация на тему «музыка и здоровье». Но есть, конечно, и деструктивная музыка, особенно в наше время, такая как рок, рэп; которая, наоборот, способствует возбуждению психики и ожесточению людей.

Ст.: *А лично для себя музыку каких композиторов Вы выбираете?*

В.П.: Сам я предпочитаю слушать классическую музыку таких композиторов, как Бах, Моцарт, Чайковский, Бетховен. Наша классика ни с чем не сравнится, она бессмертна! Недавно состоялся концерт Олега Погудина, который исполняет романсы, танго, вальсы, то есть музыку нашей молодости. Да и в зале в основном собрались слушатели пожилого возраста. Я с удовольствием сидел в зале и наслаждался музыкой этого известного молодого человека! Конечно, впечатления неопишутельны, мне очень понравилось!

Ст.: *Виктор Павлович, а дружите ли Вы с изобразительным искусством?*

В.П.: Сразу скажу, что Малевича я не воспринимаю. Не понимаю я его «черный квадрат», да и людей, которые восхищаются им, мне кажется, что все как-то это неискренне. Мне больше нравится реальное изобразительное искусство таких художников, как Рафаэль, Микеланджело, Рубенс. У меня даже собраны коллекции альбомов изобразительных искусств. Мне нравится посещать Лувр в Париже, Эрмитаж в России, я могу часами стоять и просто наслаждаться красотой этих восхитительных произведений! Кстати, у нас в Архангельске есть хорошая галерея на Поморской, в доме Плотниковой на втором этаже, обязательно посетите, не пожалеете!

Ст.: *Да, надо будет обязательно спланировать поход в галерею, Вы меня убедили. Виктор Павлович, несмотря на то, что Вы профессиональный хирург, Вы еще и неплохо разбираетесь в литературе, музыке и искусстве. Можно только позавидовать Вашей разносторонности и эрудиции! Везде Вы преуспеваете и нигде не отстааете!*

Ну, а теперь я бы хотела с Вами поговорить уже как с ветераном труда, который пережил тяжелые военные времена, стрельбу, потери, горе и, в то же время, радость Победы. Сегодняшнему поколению уже не понять этих чувств, которые Вам пришлось пережить, но хотелось бы Вас попросить оставить частичку воспоминаний о том времени. Можно попросить рассказать нам о таком периоде военных лет, который наиболее запал Вам в душу?

В.П.: Начало войны было страшной трагедией для всех. Помню, был ясный солнечный день, ни у кого даже мысли не возникало, что может прозвучать слово «война». Это было каким-то обрывом для нас...

Ну, а второе, это – Победа! Было ощущение того, что все наконец-то закончилось! Закончилась бесконечная стрельба, кровь, этот постоянный страх в душе. И вот появилась надежда на многообещающее счастливое будущее.

Ст.: *Все мы знаем, что в то время одна реформа не успевала сменять другую. На Ваш взгляд, какие реформы были наиболее удачными?*

В.П.: Реформа 1947 г., когда произошла отмена старых денег и появились новые деньги, а также была отменена карточная система. Вам этого уже не понять, когда мы шли в магазин и нам отрывали клочок бумажки и выдавали кусочек хлеба или еще чего-нибудь. И какое это было облегчение, когда мы смогли выбрать то, что хотим. Конечно, в магазинах не все продукты были, как в нынешнее время, но хлеб, сахар мы могли купить. Да и многие в принципе реформы были направлены только на улучшения качества жизни. Сейчас мы видим обратную ситуацию, когда реформы в здравоохранении, в образовании не приводят к улучшению. Вот, например, сейчас я проводил обход больных со студентами, раньше они к нам приходили на хирургию на 24 дня, а теперь всего на 3–5 дней! И чему мы можем научить за столь короткий срок?! А чего только стоит введение ЕГЭ, которое никак не дает оценку реальных знаний школьников. Я считаю, что личный контакт – это лучше всего. Честно говоря, я эти перемены никак не могу понять!

Ст.: *Спасибо огромное за столь продуктивный рассказ, Виктор Павлович, и за то, что не побоялись вспомнить тот страшный период своей жизни. Ну, и последний вопрос, который думаю, что все от Вас с нетерпением ждут – это Ваш девиз, с которым Вы смело шагаете по жизни?*

В.П.: Никогда не сдаваться, не роптать, все воспринимать, как должное, и, конечно же, всегда оставаться позитивным!

Ст.: *Мне нравится Ваш девиз, с которым Вы идете по жизни! Ну и последнее, что бы Вы хотели пожелать нынешнему поколению?*

В.П.: На сегодняшний день меня очень возмущает этот неприличный внешний вид нашей молодежи: эти рваные джинсы, майки, куртки. Вот недавно был концерт, где собрались пожилые люди и ветераны, и студентка пела патриотическую песню в рваных джинсах, конечно же, всех это привело

в некий ужас! Поэтому, прежде всего, я бы хотел, чтобы был по максимуму введен дресс-код в общественных местах, а также соблюдались этические и нравственные нормы. Ведь все начинается с малого: вначале небрежность в одежде, потом в словах, делах.

Ст.: Виктор Павлович, спасибо Вам огромное за уделенное мне время. Как все-таки дороги нам сегодня такие люди, как Вы! Беседа с Вами была очень поучительной для меня, Вы передаете бесценный опыт жизни, который так не хватает сейчас молодому поколению. Мы все желаем Вам оставаться таким же веселым, общительным, позитивным и огромных успехов Вам в Вашей профессиональной деятельности. До свидания!

СУДЬБА ВОЕННОЙ МЕДСЕСТРЫ

**КОНДРАТЕНКО Екатерина Анатольевна,
СТУКОВА Алёна Николаевна**
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
Музейный комплекс СГМУ
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: spiridonovamila@mail.ru
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна

*Та война, которой не несли мы,
Все-таки живет во мне, в тебе.
Через нашу жизнь прошла незримо,
В каждой отпечатавшись судьбе*
Г. Попов

Время неумолимо, не остановить его и не удержать. Вот уже минуло 69 лет с тех пор, как закончилась Великая Отечественная война. И только память хранит то, что забыть нельзя никогда. Накануне праздника Великой Победы советского народа против фашистских захватчиков 1941–1945 гг., мы решили узнать, как свой вклад в дело разгрома врага вносили военные медики. Для этого мы отправились в музей нашего университета, где собраны материалы о медиках Севера разного времени. Там мы узнали о военной медсестре Людмиле Павловне Оскорбиной, и у нас появилась возможность познакомиться и пообщаться с ней.

Чем дальше уходит от нас война, чем меньше остаётся живых её участников и свидетелей, тем дороже память, тем важнее донести до сознания потомков всю важность Великой Победы в Великой Отечественной войне, рассказать о простых людях, которые по воле рока стали героями. Это необходимо для того, чтобы жила память о их подвиге, о том, что они сделали для нас; память о том, какие они были молодые, отчаянные, искренние и смелые. И, чем ближе Великий праздник со слезами на глазах, тем больше щемит сердце, ведь многие воины не дожили до этого светлого дня, а здоровье живых ... на грани. Если бы Гитлер перешёл Волгу и зашёл на Урал – нашего поколения не было бы сейчас.

Студенты: *Уважаемая Людмила Павловна, расскажите нам, пожалуйста, о себе, о своей семье.*

Людмила Павловна: Я ведь невелика птица была... Родилась 19 июля 1923 г. в деревне Гора – красивое место, на горе и под ней – прекрасная река Вычегда. Тогда это был Яренский уезд Северо-Двинской губернии, сейчас – Ленский район Архангельской области. Теперь там все реки запущены и загрязнены. Мама выводила нас сеять хлеб. Я реву, она придет – накормит меня. Няньки не было. Был старший брат 1920 г.р. и сестра 1930 г.р. В то время, когда я родилась, продукты деревенские все были. Деревня питалась своими продуктами. Что насеют – то и пожнут. Сколько земли дадут на едока, столько и обработать надо. Когда стало тепло, снег сошел, растаял, вдруг появились всходы. Кто ничего в это время не посеял – приходили к нам покупать, займы брали. Семья у нас была небогатая, но зажиточная, работали много. Имели корову, коня. Корову доили, молоко на завод носили. Жили сытно, денег хватало. Если мама масла сделает – продает, а на вырученные деньги что-нибудь купит (соль, сахар). Прошла коллективизация. Вступили в колхоз, все надо было сдать – корову, коня. У кого был один конь, корову оставляли у себя. Жили не то, что голодно – жили сытно. А вот если у коровы родится телка – надо было отдать, если бык – можно оставить себе. Отец работал. У нас была сельская школа четырехлетка. Учителя были свои. После окончания начальной школы я сказала маме – хочу учиться в 5 классе. Отправили в школу за 20 км от дома, мама всегда давала с собой еды. В 4 утра вставали, собирались соседними деревнями и шли пешком. Густой лес, дорога, телеги, по этой дорожке идем через Микшину гору. Еще плюс 3 км Яреньга-река. Там надо было жить на частной квартире, платить деньги (5 руб. в месяц). В то время газет и книг не было – «грамотность» была слабая, училась по-среднему. По математике хорошо. Отец, бывало, придет домой, начнет учить считать на счетах, а высчитывать так и не научил. Если продукты мама пошлет с почтой (почта ходила на конях из Яренска в центр), то в ту неделю не иду домой. Не пришлет – в субботу после занятий иду домой, книжонку возьму с собой. А в понедельник, в 4 утра, все вместе опять идем – надо идти! Так я закончила семь классов.

Мама отца, бабушка моя, маме говорит, что я не работница в колхозе. Мама спросила: «Почему она не работница?» Бабушка в ответ ей говорит: «Посмотри на ее руки, ее бы надо отправить учиться». А для этого надо, чтобы документы дали из колхоза. Мама с трудом выправила документы и отправила в Архангельск. А здесь у нас дядя жил (муж маминой сестры). Он был кулак, имел свой магазин (населению-то надо купить – мыльце-шильце, зеркальце). У дяди Васи было две комнаты. Спала я на полу, как собачонка (дали матрасик, одеяльце). Утром встанешь, постельку уберешь. А в городе еда другая была. Началась финская война. Дядя Вася возьмет талончик – ведь без него ничего не получишь. А он был знаком с иностранцами и приносил

иногда акулье мясо, конину. А мама могла иногда послать посылочку: муки, грибов, рублей 5 денег.

Ст.: Людмила Павловна, где Вы стали учиться?

Л.П.: Я хотела поступать в педучилище. Экзамен сдала, но не прошла по конкурсу в 1939 г. Домой я пообещала не возвращаться. Нас было много. Нам сказали, что открылась школа медсестер и там не хватало студентов. Мы пошли в училище. Нас спросили: «Куда и зачем мы пришли?» Ответ был простой – мы хотим учиться. Приняли тех, у кого оценки лучше были. 30 человек палатных и 30 операционных медсестер. Я поступила в операционный блок. Школа снимала комнаты для студентов. А я ушла жить к частникам. Жили вчетвером: двое на 1 койке. Стипендия 55–65 рублей. Училась только на оценку «хорошо». На 1 курсе преподавали математику литературу. Одним из преподавателей был Николай Михайлович Амосов, ставший после войны известным академиком. Он окончил наш медицинский институт и учился в аспирантуре по хирургии в АГМИ, подрабатывал преподавателем в медицинской школе. Запомнила, что он говорил: «Если вы хотите что-то знать, пишите записки, отвечу вам». Не тратил время зря, все быстро у него было. Учителя были всякие, в том числе была и профессура из медицинского института. Отличные знания нам давали. Учились мы в здании 23 школы на улице Шубина. Это было до войны, потом все изменилось сильно.

Ст.: Как Вы узнали о том, что началась война, что произошло дальше?

Л.П.: 22 июня 1941 г. мы сдавали выпускной экзамен. Сидим в классе с билетами по внутренним болезням. И вдруг в класс просочился слух, что Гитлер напал на Советский Союз. Была паника. Мы сдали экзамены и нас распределили – кого куда. Меня должны были отправить в Маймаксанскую психиатрическую колонию. Нам выдали удостоверение, что мы окончили курс и имеем специализацию операционной медсестры, и направили в 1-ю городскую больницу, в первое хирургическое отделение.

Когда мы пришли в отделение, нас принял хирург Лев Давидович Заславский, он был заведующим кафедрой факультетской хирургии, а в годы Великой Отечественной войны – госпитальной хирургии АГМИ. Известный человек, потом он был членом противоракового комитета СССР, организатором и руководителем онкологического диспансера в Архангельске. Он спросил: «Что с вас взять? Вы же дети!». Действительно, нам было всего по 17–18 лет. «Дети – не дети, но нас направили к Вам», – ответили мы и пообещали справляться с работой. Раз началась война – будем учиться. Лев Давидович предложил познакомиться с отделением, хорошо встретил нас и распределил: кто на палаты пойдет, кто – в перевязочную, кто – в операционную. Меня поставили в перевязочную.

Мне он понравился как руководитель – был строгий и требовательный, ошибок не допускал, не ругался без надобности, но иногда журил даже врачей, бил по рукам во время операции, если кто подаст не тот инструмент, а медсестер – тем более. В конце операции всегда извинялся: «Вы меня

извините, что я такой, может быть, грубоватый, но я честный». Зато мы быстро всему научились.

Ст.: Людмила Павловна, что еще Вы можете нам рассказать о войне, о городе и о больнице, в которой Вы трудились?

Л.П.: Фашисты стремились занять Архангельск, чтобы захватить железную дорогу и «Красную кузницу» (судоремонтный завод в Соломбале), остановить работу порта. В годы войны завод «Красная кузница» выпускал аэросани, волокуши для раненых, минометные мины, снаряды и гранаты. Я много читала об этом после войны, делала конспекты для политинформаций и запомнила, что «Красная кузница» выпустила 213 аэросаней, около 80 тысяч корпусов мин и много другой продукции. Рабочие завода отремонтировали 187 кораблей для военного флота, свыше 30 иностранных судов. Не только это предприятие так трудилось, и все другие. Архангельские лесозаготовители дали стране около 25 млн. кубометров древесины. Учителя готовили кадры для народного хозяйства, врачи возвращали в строй бойцов в десятках эвакогоспиталей. В Архангельске в результате налетов и бомбежек сгорели около 100 жилых домов, а также канатная и трикотажная фабрики, серьезно пострадал лесотехнический институт, погибли 148 и получили ранения 126 человек. Много гибло и наших, и немецких солдат. Жалко было ребят...

Особенно Архангельск подвергся бомбардировкам вражеской авиации в августе-сентябре 1942 г. Более 40 фашистских самолетов сбросили на городские кварталы Архангельска не менее чем 20 тысяч зажигательных и фугасных бомб. Бомбили как промышленные объекты, так и жилые кварталы, школы и институты, чтобы уничтожить как можно больше людей и ученых. Однако жители спасли свой город. На месте бывших домов, уничтоженных в результате этого налета, уже через год, весной 1943 г., архангелогородцы разбили сквер Победы, потом его переименовали в сквер Сталина, там стоял его памятник¹. Сталин – молодец, хоть он был жесткий и грубый, но украсть при нем ничего нельзя было. В стране был порядок.

Ст.: Людмила Павловна, что еще Вам запомнилось из военного времени?

Л.П.: В годы войны большое счастье было поесть. Питание было очень скудное, и я постоянно ощущала чувство голода. Мы знали, как ужасен голод – когда с утра до вечера непрерывно хочется есть. Сейчас люди неплохо живут. В одно время давали по 150 г хлеба, как ленинградцам (как немец отступил, норму эту сняли). А так хотелось хлеба досыта наесться! Тюленина спасала. Мы голодные ходили, и просто падали на ходу. Врач заметил, что я уже не в силах работать, исхудала вся. В один день он сказал мне, чтобы я пошла с ним. Пришли в столовую, и он говорит повару: «Я привел тебе девочку – ты ее подкорми, она мне нужна, но смотри, сукин сын, хлебную карточку с нее не бери, она встанет на ноги и будет работать.

А в 1942 г. меня призвал военкомат и потребовал полностью взять расчет в больнице и предложили идти на работу в госпиталь. Он

¹ Сейчас этот сквер на Поморской, напротив центрального универмага, снова носит имя Победы.

располагался напротив центральной поликлиники в школе, там я начала работать старшей перевязочной медсестрой. Затем начальству захотелось сделать окружной военный госпиталь (все госпиталя и школы были заняты военными). Ведь в госпиталях снабжение, перевязочный материал были лучше, чем в больнице. Здание больницы Семашко сделали хирургическим госпиталем № 2527, перевели меня туда работать, поставили перевязочной медсестрой, дали мне в подмогу еще одну палатную медсестру. Работали мы столько, сколько попросят, никто не мог отказать. Большинство руководящих работников были евреями, они нас не обижали. Очень много было симулянтов – молдован, они вводили керосин в мышцу, после чего образовывалась гангрена. Тут я встретила конец войны.

Ст.: *Война закончилась, что было дальше?*

Л.П.: В скором времени наш госпиталь перевели в Ивановскую область. Мне захотелось туда отправиться с командой, но я не поехала. Была здесь у меня знакомая – медсестра из областной больницы, она предложила сходить в кадры и взять трудовую книжку. Посчастливилось мне – одна девушка в Соломбале уволилась с хорошего места и мне предложили заведовать аптекой. Фельдшеру там почему-то не доверили. Я ведь не знала, как руководить аптекой. И вдруг говорят, что войсковая часть ликвидируется, и меня увольняют по сокращению штата. Услышала, что в центральной поликлинике требуются медсестры. Я пришла и сказала, что хочу работать – мне ответили, что откроют травмпункт и меня примут на пост старшей медсестры, но мне необходимо будет все организовывать, все закупать. Начальником пригласили профессора Сергея Ивановича Елизаровского. А он не травматолог, он – патологоанатом, вернее – хирург с кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии АГМИ. Он был удивительный человек, очень скромный только. Дали нам хорошее помещение. Дали нам 25 коек, потом 45 коек. И вдруг, откуда ни возьмись, приходит травматолог Михаил Стратонович и говорит: «Подчиненным я не пойду работать, потому что привык быть начальником». Вот его и приняли главным травматологом. А Елизаровского силой водили получать зарплату, он был очень занятой и очень порядочный. Все время пропадал на кафедре. Все было интересно, потому и запомнила хорошо. Это были годы моей молодости.

Ст.: *Как дальше проходила Ваша трудовая жизнь?*

Л.П.: После травматологии я работала в онкологии. Запомнила Валентину Михайловну Паторжинскую, она была заведующей онкологическим отделением, очень хорошо делала операции. Очень деловая женщина была, участник войны. Но я недолго работала под ее руководство, как-то не сложилось. Потом были какие-то неприятности, и я не работала около 6 месяцев. Мой муж Володя получал маленькую зарплату. Нужно было зарабатывать, и я устроилась работать в психиатрию. Там всегда лучше платили – «за вредность». Я работала процедурной медсестрой, внутривенные вливания делала так, что ни одной венки не проколола. У меня

был огромный опыт к тому времени. Запомнила случай, когда зам. главного врача по лечебной части, говорит: «Пойдем со мной в женское отделение, а то мне страшно». Там было около 100 больных, и кто что делает: кто пляшет, кто скачет, кто плачет, кто в углу сидит. Скамьи и столы – все приколочено к полу. Края столов овальные. Там надо все записывать в журнал наблюдений. Было очень страшно, я сначала боялась больных. Боялась зайти в палату. Когда делала уколы, все санитарки собирались, чтоб успокоить пациента, одна – одну руку держит, вторая – другую. Простынь использовали, как намордник, чтобы повалить больную на пол, затем на кровать. Простыня сырая, вниз бинты – запеленали, простыня и укол, чтоб ее успокоить. Потом просыпается и говорит: «Девушки, вы меня простите!». Теперь такие методы не применяются, а раньше были еще смирительные рубахи, ремни и другие приспособления. Последние двадцать шесть лет я отработала в психиатрической больнице. Меня отправляли в Ленинград на специализацию, узнавала, как научить сумасшедшего работать (делать лопаты, сетки, ремешочки к часам и другое). Мужчин учили слесарным делам. А у нас в Талагах на швейной фабрике мы учили пациентов шить халаты медицинские, простыни, наволочки. За это больным давали некоторую плату, и родственникам легче было их содержать. Некоторых даже забирали домой. Тяжелые воспоминания о тех пациентах. А последние 10 лет я работала не с больными, а с персоналом, была главной медсестрой. Тоже было очень тяжело, если учесть разные трудности санитаров. Медсестры и врачи многие тоже со своими особенностями. Я умела ладить с людьми, меня вспоминают по-доброму, навещают иногда как ветерана, хотя я на пенсию ушла не совсем из психиатрии. Там я выработала вредный психиатрический стаж, закалила свою волю. Всего в психиатрии я проработала до 1980 г. Потом меня позвали работать в туристическое бюро, в котором я проработала еще 8 лет. Это была уже другая жизнь! Все было интересно, надо было только отойти от психиатрии.

Ст.: *Эта новая деятельность изменила Вашу жизнь?*

Л.П.: Работа экскурсоводом мне очень нравилась. Пригодилось то, что я всегда много читала и готовила конспекты. К нам на Север очень много приезжало прибалтийских туристов, которые любили Архангельск и Северодвинск. Эта специальность мне нравилась много больше в силу своей разносторонности, возможности общаться с разными людьми, школьниками и взрослыми. У меня была активная жизненная позиция. Своим туристам я предлагала проводить экскурсии пешком, чтобы увидеть всю красоту Архангельска. На экскурсиях в выставочных залах мне самой было все всегда интересно, так как я была родом из деревни, и ничего этого раньше не видела.

Ст.: *Есть ли у вас любимое занятие, хобби?*

Л.П.: Я была рукодельница – любила вышивать, вязать. Сейчас зрение не позволяет. В музыке предпочитаю русские народные песни. Очень много читала, любимые жанры – роман и драма. Историю люблю. Книг, уже не раз

прочитанных, и не перечесть. Дома большая библиотека была, хотя раньше трудно было книги добывать. Покупали по подписке.

Ст.: *Расскажите, пожалуйста, о своей семейной жизни.*

Л.П.: Семью создать в наше время было очень трудно. Мужчин не было почти, погибли наши сверстники на войне. Вышла замуж я за пожилого мужчину. Жили мы хорошо, я родила дочку, но она умерла маленькой. Муж скончался в 1968 г. С того времени живу одна и никого мне не надо. И вот, дожила я до 90 годов, а теперь у меня есть все болезни, даже атония кишечника, опущение желудка, грыжа Шморля. Но я не жалею, главное, что пережила войну. Спасибо, что Гитлер не перешел Волгу, спасибо Сталину, хоть и жестокому, за нашу свободу.

Ст.: *Что Вы цените в людях?*

Л.П.: В людях она ценю ответственность и человеколюбие. Не приемлю злости и неправды: «Кто врет всё время, тот не может нравиться другим».

* * *

Отечественная война не стала далекой историей, есть еще свидетели тех грозных лет, есть целые поколения «детей войны», есть горечь воспоминаний и горечь утрат. Тем более мы не должны забывать, что многие десятки миллионов людей, над которыми был занесен меч уничтожения, были спасены нашей страной. Первыми в гигантской армии спасения шли военные и гражданские медики, среди которых были медсестры, врачи, сотрудники.

Без оглядки и сомнений бросила Людмила Павловна свою юность в горнило войны, на защиту своей Родины. Военная медсестра, спасала тех, кто спасал страну. Во время войны у всех была одна главная мечта, чтобы эта война поскорее закончилась. Победу приближали такие простые люди, как Людмила Павловна, которая честно прожила свою нелегкую жизнь. Пожелаем ей здоровья на все оставшиеся годы!

ВETERAN ТРУДА, ТРУЖЕНИК ТЫЛА АНТОНИНА ДМИТРИЕВНА ДРУЖИНСКАЯ

**АНТУФЬЕВА Юлия Дмитриевна
СОРОКИНА Виктория Ивановна
ТЮШИНА Светлана Евгеньевна**
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
Музейный комплекс СГМУ
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: tyuschina.swetlana2010@yandex.ru
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна

В Северном государственном медицинском университете проводится подготовка к 70-летию Победы нашей страны в Великой Отечественной войне. В рамках мероприятий, проводимых сотрудниками и студентами в вузе, госпитале и социальных центрах города, было несколько незабываемых встреч с ветеранами. На одной из них перед молодежью выступила

заместитель председателя городского Совета ветеранов Валентина Ивановна Петрова. Она рассказывала о героических людях, живущих в нашем городе – тружениках тыла, детях войны, воинах разных родов войск, прошедших войну в тылу и на фронтах. Заинтересовавшись этой информацией, студенты попросили ее о возможности личной встречи с некоторыми ветеранами. Среди тех, кого посетили студенты СГМУ, была Антонина Дмитриевна Дружинская – труженик тыла, человек с интересной судьбой. Мы провели с ней интервью, чтобы сохранить информацию для молодежи.

* * *

Ст.: Уважаемая Антонина Дмитриевна, расскажите, пожалуйста, о себе и о своей семье.

Антонина Дмитриевна: Мои родители переехали на Север с Поволжья, где в 1930-х гг. начался голод, и люди разъезжались по стране в поисках заработка. Отец – Дмитрий Панфилович Толкодубов – работал на выкатке леса, зимой отапливал помещения в АЛТИ, мама – Мария Васильевна – по 10–12 часов трудилась на электростанции. Мы жили в Архангельске на Ленинградском, 32 (бывший Первомайский округ). Наш дом был напротив 25-й школы, которую построили в 1936-м г.

Ст.: Расскажите, пожалуйста, как для Вашей семьи началась война, что Вы помните?

А.Д.: Мы еще были маленькими, не совсем все понимали, что такое война. Это понимали взрослые. Старшая сестра была отправлена на фронт по комсомольской путевке. Мы учились в школе, трудностей было много: нас не кормили, зала спортивного не было. Носили дрова на второй этаж, сами топили печи. В войну после уроков мы ходили по домам, собирали вещи в сетки для раненых, потом относили это все в школу № 95, там находился госпиталь.

В январе 1942 г. родился брат. Когда бомбили город, ему было всего 6 месяцев. Еще две сестрички со мной бегали, нас было пятеро всего у папы с мамой. При бомбежках мне спереди привязывали младшего брата, наматывают-наматывают, так и убегаю в бомбоубежище или в парк, который через дорогу на Ленинградском. Тогда парк был чистым, ухоженным, много было посажено яблонь. Так мы ляжем и лежим, пока все не утихнет.

Ст.: Уважаемая Антонина Дмитриевна, что для Вас – самое большое несчастье?

А.Д.: Самое большое несчастье и есть война. В феврале 1942 г. забрали на фронт отца и уже в мае 1943 г. его признали без вести пропавшим. У мамы осталось пятеро детей на руках. Она мыла полы в чужих домах, а мы носили воду с колонки. Одежду шили из мешков. Но самое трудное в войну – это хлебные карточки и продукты. Они были, но не всегда полностью отоваривали. Норма хлеба – 300 грамм, бывало и меньше. Я ходила с другими женщинами на мельницу. Они одевали мне носки, галоши, насыпали туда зерно и завязывали – это чтобы детей накормить. И когда шли через проходную, где всех прощупывали, меня толкали вперед, чтобы я

быстрее прошла, чтобы не нашли у меня ничего. А что еще скажешь? Голод был, страшный голод! На кладбище по утрам мы собирали дудки, растение такое, ели их только так! Ходили мы по уже убраным полям, перекапывали их в поисках картошки, а нас гоняли. Архангельск был самым голодным городом, хотя сюда приходили иностранные суда, привозили зерно, продукты, которые на Бакарице разгружали, переправляли в вагоны и отправляли на фронт вместе с лесом. А мы голодными были!

АЛТИ разбомбили, электростанцию бомбили, спускали фугаску на нее, но она упала в Двину, и такой взрыв был! Такой пар шел, что не видно было города. Также кидали зажигалки на мельницу и склады с зерном. А наш дом как раз был за забором! И бежать некуда... Так со слезами на глазах и засыпали. Нас много собиралось детей, человек по 20-30 во дворе, многие младше меня. Во время воздушной тревоги мне говорили: «Тонька, Тонька, ты за моими проследи... И за моими!», а своим детям: «А вы слушайте ее!». Когда тревога кончится, 2–3 женщины бегут с электростанции посмотреть своих детей, не убило ли нас. А самолет же низко летит, над самыми домами и бомбит. Так вот он бомбил, особенно Английское посольство, это на Карла Маркса, но не попал, бомбы относил все на реку. Рядом был Дом Советов, но его не разбомбили. Много побило нас. Много в семьях погибло отцов, остались дети сиротами, нищими. Нам 5 рублей только давали на содержание семьи. Да, конечно, очень много принесла война горя. Но помощь была, от английского посольства давали одежду. Я даже помню: шелковое платье, а на бедре – дырка размером с тарелку! Но мама взяла и другой тканью подшила.

А в память об отце я написала стихотворение:

*Не дымятся дали,
Пыль черна от слез,
Не одной медали
Отец мой не принес.
Только в этом самом
Нет его вины,
Потому что сам он
Не пришел с войны...*

Ст.: *Что еще запомнилось из военной жизни?*

А.Д.: В 1944 г., окончив 7 классов, я пошла работать на кожевенный завод на Майской горке. А летом трудилась вместе со сверстниками на Краснофлотском острове. Там мы раскапывали целину, садили картошку, окучивали, собирали ее. А к 10 ноября 1944 г. меня и других работников (10 наших заводских, 10 с трикотажной фабрики, 10 со швейной фабрики и 10 с обувной) отправили в лес, на станцию Плесецкая, дер. Верховье, речка Мехреньга. Было холодно. Там мы всю зиму проработали, рубили лес. Жили на частной квартире. Кормили «очень хорошо» по два раза в день! Был суп грибной с «мясом» – червями! (смеется). Знаете как, в миски нальют, а мы что? А мы голодные, пришли из лесу. Но я вначале не понимала: почему все

в округе стучат ложками по столу? А мне и говорят, что червей выкидывают... Я посмотрела... и тоже начала стучать по столу! На второе картошку с тюленьим жиром давали. Норма хлеба была аж 600 грамм. В воскресенье нам давали по 800 грамм.

Ст.: Где Вы встретили Победу?

А.Д.: К началу мая 1945 г. половину работников из леса уже отправили обратно город, домой. Лесозаготовка кончилась, и теперь мы занимались откаткой леса. Шли до Емецка и откатывали лес. Когда объявили конец войны, то мы дней 10–15 не работали. Пригласили нас в сельсовет на праздник. Нас хозяйка придела: кому кофточку дала, кому платок. Пришли, а в сельсовете столы накрыты: мясо горячее, хлеб горячий, водка наставлена. Кто плачет, кто пляшет от радости, нас хозяйка обнимает – ее муж остался жив! И она нам каждый день варила по чугуну картошки. Сольет воду, принесет чугун, высыплет картошку, а мы разделим, кому сколько картошин достанется. Вот так война и кончилась.

Приехали домой, нас на заводе встретили хорошо, как тружеников. Дома мама плачет, что я жива. Старшая сестра была в Москве, в Тушино, их потом привезли в Северодвинск, он тогда Молотовском назывался. После войны мы много бесплатно работали. На 3-м лесозаводе строили домики и отправляли их на целину. Город наш весь сгоревший, развален, а мы строим домики для других. От Урицкого до 3-го завода дорогу поднимали, делали насыпь. Каждый вечер с подругой носили по 4 камня за раз, а мужчина подходит и говорит: «Что вы делаете? Вы же молодые, только по 2 камня носите, по 4 не носите. Вам еще рожать, поберегите себя».

Ст.: Антонина Дмитриевна, что было после войны? Какие радостные моменты Вы запомнили?

А.Д.: Меня отправили в Москву учиться на товароведа-сортировщика. Всего 8 месяцев я проучилась и мне платили средний заработок. Я довольна была, немножко приделась и домой привезла что-то. Самовар, например. А в него рис насыпала, в Архангельске ведь ничего не было. Вернувшись, я работала на кожцелевой базе 8 лет (сортировала тюленьи шкуры).

Я в 19 лет стала комсомолкой, в 20 – секретарем комсомольской организации при заводе, 25 человек у меня было в подчинении. Была членом пленума комсомола. Очень много мы работали бесплатно – за идею. Тогда, когда поднимали дорогу с Урицкого до 3 лесозавода, мы вечерами и по воскресеньям работали бесплатно. Правда, потом на работе премии давали. Подходят праздники и выдают по 100 или более рублей. Когда собрание было и давали мне премию, была я тогда Толгодубова по фамилии, говорят: «Толгодубовой 100 рублей!». Я иду, а со одной стороны женщины говорят: «Ей в прошлый раз давали 100 рублей». А с другой стороны говорят: «Она больше всех и работает!». Я вышла, мне и говорят: «Скажи что-нибудь». Я сказала: «Работала хорошо, ещё лучше буду работать!». Мне весь зал аплодировал! А потом я еще 22 года трудилась завхозом в детском саду № 41. За добросовестный многолетний труд имею 5 трудовых наград.

Ст.: *А как же личная жизнь, семья?*

А.Д.: В 1952 г. я вышла замуж. Когда война закончилась, мой будущий муж, Николай Федорович Дружинский, еще оставался в Германии. Там он при исполнении служебных обязанностей получил травму, лечился в госпитале. После войны он много лет отработал водителем на почте, и всего 8 месяцев он не дожид до нашей золотой свадьбы. У нас дочь, 2 внучки и правнуки.

Ст.: *Что было для Вас счастьем?*

А.Д.: Я счастлива была в тот период, когда работала на кожевенном заводе – почти 18 лет. Я была счастливой, когда отправили меня в Москву, я получила там много полезного, познакомилась с людьми из разных городов. Ну, конечно, когда я вышла замуж, я тоже была довольна! Я попала в хорошие руки свекрови, она меня очень уважала, водилась с детьми. А когда она умерла, похоронили мы ее, обмотанную вишневым плюшем.

Ст.: *Что больше всего Вы цените в людях?*

А.Д.: Больше всего в людях я ценю трудолюбие. Я ведь очень много работала, да еще после 55 лет продолжила на огороде. Как в песне: «Мы комсомольцы – беспокойные друзья, все доводим до конца!» Ох, и пели мы раньше: «Друзья, вперед, нас жизнь зовет, наша Родина кругом цветет!». И сейчас я очень люблю ходить на концерты. Вот только обидно, что трудилась столько, трудилась, а кожевенный завод ликвидировали и никто никуда не приглашает. Нет своего совета ветеранов...

Ст.: *Чтобы Вы хотели пожелать молодым?*

А.Д.: Сейчас все с высшим образованием, без него никуда не поступишь и жить не сможешь. Так что всем учиться, учиться и еще раз учиться, как завещал Ленин, нам ведь так говорили. Учение – свет, а неучение – тьма!

* * *

В свои 85 лет труженик тыла Антонина Дмитриевна Дружинская в отличном расположении духа! Она успевает всюду, посещает всевозможные мероприятия, особенно любит концерты. Она – одна из тех ветеранов, кто мог бы приносить большую пользу, общаясь с молодежью. Но, так же, как и сотни других деятельных пожилых людей, она не имеет «своей» организации, Совета ветеранов, в связи с ликвидацией предприятия. Поэтому для нее вдвойне важно внимание молодежи, особенно, студентов, которых она очень рада принимать в гости. В преддверии 70-летия мы обязательно навестим нашу героиню и продолжим с ней интервью.

АРХАНГЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН ИНТЕРВЬЮ С РУДОЛЬФОМ АЛЕКСАНДРОВИЧЕМ КРОТОВЫМ

АМВРОСОВА Мария Айваровна
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
Музейный комплекс СГМУ
2 курс. Лечебный ф-т
Науч. рук.: директор Музейного комплекса СГМУ
АНДРЕЕВА Анна Владимировна

*Все говорили о победе,
но мы были на море и мечтали о спасении.
Победить-то мы хотели,
но нам нужно было спастись!*

Северный государственный медицинский университет тесно сотрудничает с Государственным учреждением здравоохранения «Архангельский областной госпиталь для ветеранов войн», который был открыт в нашем городе в 1994 г. Госпиталь специализируется на оказании квалифицированной медицинской помощи следующим лицам:

- Ветераны Великой Отечественной войны и лица, приравненные к ним;
- Инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий.
- Участники Великой Отечественной войны;
- Ветераны боевых действий на территории Чеченской республики;
- Ветераны боевых действий в Республике Афганистан;
- Жители блокадного Ленинграда, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;
- Лица, работавшие на оборонных работах в Великую Отечественную войну;
- Труженики тыла 1941–1945 гг.;
- Члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны, ветеранов боевых действий;
- Узники концлагерей и гетто;
- Лица, подвергшиеся политическим репрессиям в виде лишения свободы, ссылки, высылки и впоследствии реабилитированные.

В госпитале очень приятная и дружелюбная атмосфера, люди, проходящие там лечение, да и сам персонал, очень дружелюбны и приветливы. Будущие врачи навещают пациентов госпиталя, ухаживают за ними, организуют досуг, проводят интервью. В 2014 г., в связи с 20-летием госпиталя, студенты вместе с сотрудниками СГМУ провели ряд встреч с ветеранами, которые запомнились всем.

Накануне Дня Победы нам довелось пообщаться с одним из пациентов госпиталя – Рудольфом Александровичем Кротовым. Он оказался очень интересным, активным и эрудированным человеком, не переставал шутить,

пока мы задавали ему вопросы. Хотя Рудольф Александрович и признался, что в последнее время часто болеет, но нам он не показался человеком, отягощенным недугом. Впрочем, как и остальные пациенты госпиталя, он отмечает, что это – определенно заслуга персонала госпиталя.

Когда мы зашли в палату, Рудольф Александрович читал. Мы попросили его ответить на ряд интересующих нас вопросов. Он с удовольствием согласился.

* * *

Студенты: *Какие качества вы больше всего цените в мужчине?*

Рудольф Александрович: Напор.

Ст.: *А в женщине?*

Р.А.: Скромность. Мне так кажется.

Ст.: *Что вы больше всего цените в Ваших друзьях?*

Р.А.: Честность. Когда с ними контактируешь, они все открыты. Честность – это открытость. Я считаю так.

Ст.: *Что является Вашим главным недостатком, по Вашему мнению?*

Р.А.: Ооо... я много вру. Нет, я не вру, шучу, но не вру.

Ст.: *Какое Ваше любимое занятие?*

Р.А.: У меня много всяких занятий, но в настоящее время – это поэзия и шахматы. В поэзии я как создатель, а в шахматах, как игратель.

Ст.: *А Вы можете прочесть какое-нибудь свое стихотворение?*

Р.А.: Могу, только сложно, в голове то много, но в шуточной форме опять... Вот, например:

Я помню чудное мгновенье,
Как жду в тарелке объеденье.
Пройдет какой-то миг. Ура!
Рагу исчезнет в пучине живота.

Ст.: *Расскажите о Вашей жизни до войны?*

Р.А.: Жизнь была хороша. Я обладал данными большими. Особенно сильное у меня было стремление к спорту. В восемь лет я уже плавал хорошо. В футбол играл, до того доиграл, что меня били за это, потому что мячи ловил. До войны все было: лыжи, коньки, потому что в семье, где я жил, всем этим занимались. Здоровье было хорошее. Рост был высокий. Драться любил, не давал покоя тем, кто наступал. Как я вам могу сказать, я уж не помню всего то. Все заботились о нас: мама, и тетки, и дядьки, ну, папы не было. А так все было.

Ст.: *Чем Вы занимались во время войны?*

Р.А.: Я появился на флоте в 1943 г. как юнга. По собственному желанию, нас не призывали. Я был на судах торгового флота Северного Морского Пароходства. В 1943 г. уже погибали юнги, 7 мальчишек погибло, им было по 13–14 лет. Поэтому нас старались не выпускать в Баренцево море. А плавали мы по Белому морю: рейсы на Соловки; Архангельск – Кандалакша; Архангельск – Онега; Архангельск – Мезень. Ходили, конечно, и выше по Зимнему берегу, но опять-таки в основном маршрут был таков.

Для нас было очень символично проходить Двинской залив, нас всегда сопровождали военные – СКР, вспомогательные суда. Но как только мы подходили к мелководью (12–18 м глубины), так они бросали нас, наше судно было осадкой 4 метра, им было не пройти. С Кандалакши нас сопровождала береговая охрана, но она не могла идти при волнении на море 6–7 баллов, но мы-то идем, а ей приходится к берегу прижиматься или вообще уходить от нас. На пулеметах мы были помощниками, если никого другого рядом уже не было. На пулемет вставал юнга, если три человека на пулемете поочередно погибали. Мы уже все знали и умели.

Ст.: Самый запоминающийся момент на войне?

Р.А.: Это бомбежки Архангельска, когда ракеты, зажигалки падали на город. Конечно, и страшно было, но и любопытно, мы ещё мальчишками были. Смерть я видел только однажды в 1942 г.

Ст.: О чем Вы мечтали, когда были на войне?

Р.А.: Все говорили о победе, но мы были на море и мечтали о спасении. Победить-то мы хотели, но нам нужно было спастись!

Ст.: Какой стала Ваша жизнь после войны?

Р.А.: Тоже хорошая. Я оказался в Риге. В 1945 г. война закончилась, а в 1946 нас отправили в школу юнг. А там учился, а потом и работал на судах Латвийского пароходства.

Ст.: Что Вы считаете самой большой радостью в жизни?

Р.А.: Сложный вопрос. Дело в том, что у меня все было последовательно. Это меня спасало. Раньше времени я не шел, куда не нужно и нужно было. Ну а если так «пышно сказать», то быть полезным обществу. Я считаю это нужно человеку.

Ст.: Что Вы считаете самым большим несчастьем?

Р.А.: Утрата родственников, друзей.

Ст.: Каким и кем Вы хотели быть?

Р.А.: Я хотел многим быть. Просто человеком. А как ещё-то? У меня возможности большие были, но по обстоятельствам не получалось.

Ст.: Ваши любимые писатели и поэты?

Р.А.: Антон Чехов. Короткие которые рассказы – это мое кредо было. Зоценко, Куприн. Вот сейчас Задорнов, такой хулиган. Всех ругает.

Ст.: Ваш любимый литературный герой?

Р.А.: Вообще-то много героев. В основном все персонажи Максима Горького, которые поднимали человека, как человека.

Ст.: Ваша любимая музыка, певич, или песня?

Р.А.: Собственно говоря, я любитель оперетты, а песни – русские народные, а эстрада выборная, только тогда, когда душу трогает.

Ст.: Ваши любимые герои в реальной жизни?

Р.А.: Вот у меня было три дядьки, все они воевали. Вот был пример. Даже Финскую прошли. Финскую, Отечественную, и Японскую. Больше у меня героев в жизни не было. Обыкновенная жизнь, какие герои?

Ст.: Ваша любимая героиня в истории?

Р.А.: Можно сказать, Крупская – терпеливый человек был. С Лениным нужно быть терпеливой.

Ст.: *Что Вы больше всего ненавидите?*

Р.А.: Обмана. Изворотливость людей.

Ст.: *Есть ли у Вас исторические персонажи, которых Вы презираете?*

Р.А.: И Гитлер, и Муссолини. Даже Американское правительство можно взять, как отрицательных персонажей. Много всяких.

Ст.: *Какой момент в военной истории Вы цените больше всего?*

Р.А.: Я бы сказал, что Сталинградская битва.

Ст.: *Реформа, которую Вы цените особенно высоко?*

Р.А.: Ни одной. Реформа за реформой, а конечного результата не видно. Я это говорю, как человек, который участвовал в стремлении поднять страну. Слово «реформа» беспрестанно говорится, а конечного результата нет. Идут, идут реформы, уже 10 лет идут, а все ни как не могут к конечному результату прийти. Я возмущен.

Ст.: *К каким порокам Вы чувствуете наибольшее снисхождение?*

Р.А.: Жалость может быть. По-моему жалость?

Ст.: *Ваш девиз?*

Р.А.: Доводи дело до конца.

Ст.: *Самое большое Ваше впечатление в жизни?*

Р.А.: У меня все хорошо было. Может быть семья, дети. Сейчас у нас такая семья, что можно роту составить. Да, большая рота получится.

Ст.: *Может быть, Вы хотели бы что-то исправить в жизни?*

Р.А.: Трудно сказать, у меня все хорошо было. Я бы хотел только вернуться, что бы у меня родные были, а как? Это уже фантазия.

Ст.: *Что Вы можете посоветовать девушкам и юношам нашего поколения?*

Р.А.: Вникать в жизнь. Чувствовать ритм, не только в нынешней власти и времени, но и происходящего вокруг. Если человек будет плавать туда-сюда, то у него ничего не получится, твердость должна быть. Он должен сразу отметать плохое и бороться за хорошее. Учиться должен. Это обязательно!

* * *

Так как встреча наша состоялась в Святой праздник Пасхи, мы не могли не попросить Рудольфа Александровича «стукнуться с нами яйцами». Рудольф Александрович согласился, предупредил, что не знает, как это делается. Напоследок он решил задать нам свой вопрос: «Как, по-вашему, Бог – это исторический или биологический персонаж?».....

I. История и медицина

ЖЕНЩИНЫ В МЕДИЦИНЕ

АШУРИЛОВА Заира Магомедрасуловна
ШИЛОВА Мария Александровна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: odri.khebrn@yandex.ru
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

История высшего женского медицинского образования насчитывает всего полтора столетия. В 1864 г. в Оксфордский университет были приняты четыре девушки – первые в истории студентки-медички. Появление их на лекции вызвало возмущение студентов-мужчин, которые в знак протеста покинули аудиторию. Цюрихский университет также одним из первых стал принимать женщин на медицинский факультет. В 1865 г. здесь учились две русские женщины, в последующие годы число обучающихся русских студенток росло.

Вопрос «о будущем» высшего медицинского образования обсуждался не только среди университетской профессуры. В печати появлялись многочисленные статьи с мнениями «за» и «против». В «антиженских» публикациях с характерными заголовками: «Могут ли женщины быть врачами?» или «Могут ли девицы посещать лекции по физиологии и прилично ли это?», основными аргументами стали существовавшие в то время морально-нравственные нормы [1, с. 50].

Высшее медицинское образование женщин в России началось с 1872 г., когда в Петербурге, после десятилетней борьбы прогрессивной общественности, торжественно были открыты «Особые женские курсы для образования ученых акушерок», получившие позднее название «Женских врачебных курсов». В 1880 г. был утвержден нагрудный знак «Женщина-врач». Но в августе 1882 г. прием на «Женские врачебные курсы» запретили, последние студентки сдали выпускные экзамены в июне 1887 г.

Только в 1897 г. русские женщины вновь обрели возможность получать высшее медицинское образование в открытом Петербургском Женском медицинском институте, который, конечно, не мог удовлетворить потребности желающих учиться женщин. Часть из них по-прежнему вынуждена была уезжать за границу, преимущественно в Швейцарию. До 1917 г. он назывался Женский медицинский институт, в 1918–1924 гг. – Петроградский женский медицинский институт. В 1911 г. состоялось открытие Харьковского женского медицинского института, в 1916 г. был открыт женский медицинский институт в Киеве на базе частного

медицинского отделения Высших женских курсов, функционировавших с 1907 г. Готовили женщин-врачей также на Высших женских курсах в Москве и Одессе. На медицинский факультет Томского университета стали принимать женщин в качестве вольнослушательниц с 1906 г., а в качестве студенток – с 1913 г.

Сохранившиеся до наших дней архивные документы свидетельствуют, что в России практически до второй половины XVIII в. пособие в родах и помощь новорожденным в первые часы жизни оказывали только бабки-повитухи. Ими чаще всего были старые опытные женщины, которые «не ведая, основательным образом своего дела, чрез многолетнюю опытность приобрели некоторую эмпирическую способность к сей практике». В это время в обеих столицах России стали появляться и специально обученные акушерки, однако все они были иностранками, приглашенными в страну на службу царственным особам. Первой прибывшей в Россию ученой акушеркой считается повивальная бабка, которая в 1712 г. последовала из Брауншвейга в Петербург с супругой царевича Алексея Петровича. История не сохранила ее имени, однако из брачного договора, подписанного в 1711 г., известно, что «для Брауншвейгской Принцессы Христины Софи Шарлоты, назначается в придворный штат бабушка Немка, которая вместе с нею прибудет в Петербург». В Москве длительное время жила обученная в Голландии повивальная бабка «Капитанша Енгельбрехт». Императрица Анна Иоановна, в связи с предстоящим рождением наследника престола, приказала лейб-медику Л. Блюментросту разыскать ученую акушерку.

По инициативе нескольких профессоров Медико-хирургической академии, поддержанной военным министром Д.А. Милютиним, была составлена и подана в Медицинский совет докладная записка «Об образовании женщин по врачебной части» с приложением подробной программы обучения. Записка была тщательно изучена членами Медицинского совета и после внесения изменений направлена «по инстанциям». В мае 1872 г. последовал указ об открытии «Особого курса для образования ученых акушерок» – первого в Европе учебного заведения такого уровня для женщин, которым в праве было гордиться прогрессивное русское общество. Популярная столичная газета «Неделя» писала: «Газеты приветствуют то, в чем они видят важный шаг на пути прогресса, меру, которою мы опережаем остальную Европу». За исключением судебной медицины и медицинской полиции, программа обучения, рассчитанная на четыре года (позже был добавлен 5-й год), включала почти в полном объеме все предметы, преподаваемые студентам на медицинских факультетах университетов и в Медико-хирургической академии. «Профессора Медико-хирургической академии читали лекции слушательницам и занимались с ними по той же программе, как и со студентами. Это отсутствие различия в преподавании вполне удовлетворяли слушательниц».

В XIX в. в России началась хирургическая деятельность женщин-врачей [3]. Первая женщина-хирург *Н.П. Сулова* в декабре 1867 г. завершила курс

обучения в Цюрихском университете, блестяще защитила диссертацию и получила диплом «доктора медицины, хирургии и акушерского искусства». Это событие вызвало многочисленные отклики в печати и послужило примером для многих других русских женщин, устремившихся за медицинскими знаниями в европейские университеты. Через год, в сентябре 1868 г., впервые в истории Медико-хирургической академии, из ее стен вышла со званием лекаря *В.А. Кашеварова*, ставшая первой русской женщиной, получившей высшее медицинское образование в России.

Надо сказать, что до 1876 г. хирургическая деятельность русских женщин-врачей, получивших медицинское образование за границей, и слушательниц Женских врачебных курсов (так стали называться Курсы для образования ученых акушерок) была весьма скромной. Первые в основном занимались лечением женских и детских болезней и акушерством, а вторые еще только приобретали знания и, в лучшем случае, ассистировали при несложных хирургических и гинекологических операциях, учились накладывать гипсовые повязки, помогали при подаче акушерского пособия.

Настоящая хирургическая работа началась для них только с 1876 г., когда Сербия и Черногория вступили в войну за освобождение от османского ига. Россия не осталась в стороне от этих событий и вскоре сама объявила войну Турции. За период со 2 ноября 1876 г. по 1 января 1878 г. в части и учреждения Действующей армии было направлено 1080 служащих и вольнопрактикующих гражданских врачей.

Среди первых женщин-врачей, принимавших участие в хирургической работе в сербской армии, были *Вера Дмитриева*, *Мария Зибольд* и *Раиса Знаменская-Святловская*, начавшие свою практическую деятельность в белградском госпитале «Женское дружество». Уход за ранеными, лечение больных, организация питания составляли лишь часть их работы. Помимо этого они делали перевязки, накладывали гипс, а нередко выполняли и хирургические операции, вплоть до ампутации.

Особо следует подчеркнуть, что в госпиталях и лазаретах Сербии получили хирургическую практику несколько студенток Женских врачебных курсов: *Софья Больбот (Руденко)*, *Евгения Маркова*, *Анна Подрезан*, *Наталья Яновская (Драгневич)*, *Вера Матвеева*, *Надежда Кирпотенко*. Вспоминая это время, Н.П. Драгневич позже писала: «В 1876 г. работали в Сербии на театре войны, где нам приходилось, между прочим, извлекать очень много пуль...».

Военные хирурги, встретившие вначале довольно скептически прибывших женщин, очень скоро изменили свое отношение. Один из них в корреспонденции, направленной в столичную газету «Санкт-Петербургские ведомости», сообщал: «С раннего утра и до глубокой ночи шла перевязка: одному гипсовую повязку приладить, другому пулю вынуть, третьему кровотечение остановить, четвертому рану зашить... Честь и слава тем русским женщинам, которые являются теперь нашими ревностными помощницами».

Выпускница курсов 1882 г. *Александра Гавриловна Архангельская*, работавшая в Петровской земской больнице Московской губернии, прославилась успешными операциями камнесечения, отчеты о которых публиковала в популярной медицинской газете «Врач». Не менее успешно выполняла она операции удаления катаракты. Ее статья «О 1100 извлечений катаракт», опубликованная в 1902 г., произвела впечатление даже на опытных хирургов-офтальмологов. А.Г. Архангельская была участницей многих врачебных съездов, выступала с докладами и сообщениями, проводила санитарную пропаганду, а в 1900 г. выпустила брошюру «Для чего доктор делают операции, и какая от того бывает польза». Хорошими помощницами А.Г. Архангельской при выполнении операций были *Юлия Александровна Квятковская* и *Елена Михайловна Линтварева*, которые могли самостоятельно производить оперативные вмешательства.

Хирургией и глазными болезнями занималась на своем земском участке в Уфимской, а затем Пермской и Казанской губерниях двоюродная сестра В.И. Ленина, врач *Анна Ивановна Веретенникова*, оставившая интересные «Записки земского врача», живо рисующие условия, в которых приходилось работать первой когорте женщин-врачей, принятых на земскую службу.

Короткой, но яркой хирургической деятельностью заявила о себе *Марфа Петровна Грабовская*, приехавшая в 1884 г. после окончания курсов в Тобольск и фактически возглавившая женское отделение Тобольской городской больницы. Она выполняла акушерские и гинекологические операции, вела занятия в местной «повивальной школе», проводила медицинские эксперименты. В марте 1888 г. она скоропостижно скончалась.

Одной из первых женщин-врачей в Херсонском земстве была *Евгения Елиазаровна Диканская*, получившая, как и А.Г. Архангельская, широкую известность опытного офтальмолога. Она много оперировала по поводу катаракты, как правило, добиваясь хороших результатов. В 1896–1897 гг. вместе с первым глазным «летучим» отрядом Херсонского земства она выезжала в Закаспийскую область и Оренбургскую губернию, оказывала медицинскую помощь, в том числе проводила удаления катаракт. Вернувшись в Херсон, продолжила свою оперативную деятельность и к 1928 г. имела в своем активе около 7500 офтальмологических операций.

Большое впечатление на членов Пироговского хирургического общества произвело сообщение *Софьи Александровны Кочуровой* «О 19 камнесечениях», сделанных ею в небольшой земской больничке Весьегонского уезда за период с ноября 1889 г. по октябрь 1894 г. Однако через два года на заседании акушерско-гинекологического общества было прочитано новое ее сообщение: «Случай удаления чревосечением дермоидной кисты яичника». В.А. Манассеин предоставил ей для опубликования статьи о камнесечениях страницы своей газеты. С.А. Кочурова часто выступала на заседаниях Пироговского хирургического общества с сообщениями и в прениях.

Искусным оператором-офтальмологом зарекомендовала себя *Евгения Павловна Серебренникова*, участница Русско-турецкой войны, одна из первых женщин-врачей в Пермской губернии. В январе 1886 г. Пермское губернское земское собрание постановило открыть при губернской больнице глазное отделение, поручив заведывание Е.П. Серебренниковой. И уже на следующий год в газете «Врач» появилась ее статья «Краткий отчет о сотне извлечений катаракт в Пермской губернской земской больнице». Отчеты о второй, а затем и о третьей сотне операций, выполненных Е.П. Серебренниковой по поводу катаракт, были опубликованы в «Вестнике офтальмологии» в 1889 и в 1891 гг.

Одной из первых женщин ортопедов-травмотологов следует считать *Изабеллу Ипполитовну Чарномскую*, сподвижницу Н.А. Вельяминова, организовавшую вместе с ним при ортопедическом отделении Максимилиановской лечебницы в Петербурге мастерскую для увечных и калек. Она занималась оперативным лечением варикозного расширения вен нижних конечностей, живо интересовалась вопросами протезирования, тренировкой ампутационных культей, и в 1907 г. впервые в России была назначена консультантом по ортопедии.

Назовем еще имя женщины-хирурга *Ольги Аркадьевны Шевелёвой*, ученицы К.К. Рейера, участницы Пироговских съездов. В мае 1885 г. она выполнила в Петербурге двустороннюю овариотомию с благоприятным исходом. В те годы овариотомия, а тем более двусторонняя, считалась очень серьезной операцией, которой не стыдно было похвастать и опытному хирургу-гинекологу.

Пульхерия Ивановна Глушановская-Яковлева относится к плеяде земских врачей, заложивших основы земского санитарного дела, борьбы с эпидемиями в России. Она родилась в 1848 г. Петербурге. В 1868 г., в числе первых русских женщин, П.И. Глушановская-Яковлева отправилась на учебу в Швейцарию и поступила сначала в Бернский, а затем в 1871 г. в Цюрихский университет. Получив 8 декабря 1873 г. степень доктора медицины и акушерства, она вернулась на родину, выдержала в Медико-хирургической академии экзамены на право медицинской практики в России и поступила в клинику проф. Э.Э. Эйхвальда в Петербурге, а с 1881 г. – на службу в Московское земство временным эпидемическим врачом. Женщины-врачи в земских организациях появились с 1878 г., когда состоялся первый выпуск Женских врачебных курсов при Медико-хирургической академии. Московское земство охотно предоставляло им работу. Уже в первой своей земской работе – борьбе с дифтерией, свирепствовавшей в слободе станции Купавна Богородского уезда, куда П.И. Глушановская-Яковлева была направлена во главе эпидемического отряда, она проявила себя хорошим организатором.

П.И. Глушановская-Яковлева установила жесткие карантинные меры, не допуская родителей к больным детям, помещенным в больницу. Дезинфекция производилась сжиганием серы и обмыванием изб раствором

хлорной извести. Дезинфицировались вещи больных, палаты временной больницы. На второй месяц работы отряда эпидемия пошла на спад.

Она собрала большой материал о санитарном состоянии участка, сделала доклад на VI губернском съезде московских врачей, приняла участие в разработке инструкции по борьбе с эпидемиями для медицинского персонала губернии. В конце 1882 г. Глушановская-Яковлева была принята на постоянную службу в губернское земство в качестве врача, ведущего амбулаторный прием в Грачевской лечебнице (Московский уезд).

Эпидемии оспы в конце XIX в. были частым явлением в России. Оспопрививание производилось гуманизированной лимфой (зачастую служившей источником заражения сифилисом), быстро портящейся телячьей лимфой, а также телячьим детритом, поставляемым телятником Вольного экономического общества. В 1883 г., по поручению губернской санитарной комиссии, П.И. Глушановская-Яковлева изучила опыт производства детрита Вольно-экономическим обществом и организовала телятник при Грачевской лечебнице. Результаты, полученные Глушановской-Яковлевой (92% удачных прививок), дали основание для устройства постоянного земского телятника для приготовления оспенного детрита под началом Пульхерии Ивановны. В 1887 г. она выступила на II Пироговском съезде с докладом «Об организации оспопрививания и о статистике привитых». Телятник Московского земства, снабжавший детритом нескольких земских губерний, стал образцом и родоначальником других земских телятников. Только в 1889 г., кроме Московской губернии, было выдано детрита на 65165 прививок.

С 1894 г. П.И. Глушановская-Яковлева взяла на себя работу в санитарном бюро по систематизации карточного материала по заболеваемости населения, доставляемого из уездов. Через ее руки прошли миллионы карт. Этот огромный труд она продолжала до конца своей службы в земстве.

Беатриса Михайловна Паллон-Бутовская относится к плеяде женщин, которые с большим трудом добивались права на получение медицинского образования, преодолевая многочисленные трудности и препятствия. В 1909 г. она закончила медицинский факультет Цюрихского университета со степенью доктора медицины. Докторскую диссертацию Беатриса Михайловна выполнила в институте гигиены Цюрихского университета на тему «Эпизотия ящура рогатого скота и смертность грудных детей в Швейцарии». На выбор этой темы ее сподвигла смерть маленьких детей в семье от желудочно-кишечных заболеваний. Б.М. Паллон изучила частоту заболеваемости крупного рогатого скота ящуром в 46 округах 14 кантонов страны за 1902–1906 гг., рассчитала младенческую смертность на 1000 родившихся, выявила частоту смертности от гастроэнтерита среди умерших, частоту смертности от гастроэнтеритов на 1000 родившихся и установила связь частоты младенческой смертности от гастроэнтерита с частотой распространения ящура у крупного рогатого скота. Свою работу Беатриса Михайловна посвятила матери. Принимала участие в ликвидации легочной

чумы в 1909–1910 гг. в Харбине. За это Паллон Б.М. была награждена золотой медалью «За усердие» для ношения на груди на Анненской ленте, а также получила серебряный нагрудный знак с надписью «Борьба с чумой». От китайского императорского правительства она была награждена орденом «Звезда» III степени, III класса и грамотой.

Зинаида Яковлева Ельцина (1854–1927) – первая в России женщина, ставшая врачом-сифилидологом. «Она была ученицей известного проф. В.М. Тарновского. Летом 1882 и 1883 гг. З.Я. Ельцина была приглашена в качестве временного земского врача в Крапивинский уезд Тульской губернии. Некоторое время она исполняла обязанности заведующей Крапивинской больницы, имевшей отделение для женщин и детей, больных сифилисом. Анализируя высокие цифры (7,02%) заболеваемости сифилисом для данной местности, З.Я. Ельцина в статье «Из наблюдений над распространением сифилиса среди крестьянского населения» (1882) пришла к выводу о том, что «часто заболевают не только целые семьи и делаются в свою очередь очагами заразы для других, но даже целые селения и деревни могут быть захвачены сплошь». Среди детского населения заболеваемость сифилисом равнялась 12,04%, а среди женщин достигала 14,05%, что составляла в среднем 13,2%. З.Я. Ельцина предлагала увеличить количество сифилитических отделений в существующих больницах, знакомить население с мерами предосторожности против заразных болезней вообще и сифилиса в особенности, устраивая специальные чтения в сельских школах с привлечением учителей и земских врачей. З.Я. Ельцина активно участвовала в работе обществ, уделяющих внимание вопросам борьбы с сифилисом (Русское общество народного здоровья, Русское общество врачей в память Н.И. Пирогова, Русское венерологическое и дерматологическое общество, Общество борьбы с заразными болезнями и др.). Она неоднократно выезжала за границу для стажировки и участия в международных съездах».

По просьбе Общества борьбы с заразными болезнями Русское сифилидологическое и дерматологическое общество в 1898 г. выработало программу общедоступных чтений о сифилисе, в соответствии с которой З.Я. Ельциной удалось устроить ряд общедоступных лекций в Петербурге в зале Педагогического музея (1899) и в Соляном городке для женщин-работниц.

Развивая положения своего учителя о врожденном сифилисе и его влиянии на нормальное физическое и душевное развитие ребенка, З.Я. Ельцина обосновывает значение климатотерапии как укрепляющего средства для больных сифилисом детей. В докладах на Пироговском съезде (1904) и съезде педиатров (1913) она, кроме медикаментозного лечения детей-сифилитиков, в особенности наследственных, рекомендует использовать санаторное лечение. В Обществе сифилидологов выступает с докладами «Профилактическая борьба с приобретенным сифилисом детей рабочего населения» (1925) и «Причины возникновения в России Общества сифилидологов» (1927). В 1927 г. избирается почетным членом Общества

сифилидологов в Париже, Москве, Ленинграде и Саратове. Работы З.Я. Ельциной представляют значительный вклад в борьбу с сифилисом.

В.М. Бонч-Бруевич (Величкина) – одна из первых женщин, которая внесла большой вклад в развитие здравоохранения. Вера Михайловна Величкина родилась 8 сентября 1868 г. в Москве, в семье священника. Окончив гимназию с серебряной медалью, получила звание домашней учительницы. Под влиянием старшего брата – Н. Величкина, студента Московского университета, – увлеклась естествознанием, философией, историей, медициной. В 1881 г. во время страшного голода, охватившего 36 губерний России, В.М. Величкина предложила добровольно свою помощь Л.Н. Толстому, создававшему бесплатные столовые для голодающих крестьян в деревнях Рязанской губернии. Во время этой работы «на голоде» возникло и окрепло у неё желание стать врачом. В 1887 г. для получения медицинского образования она поехала в Швейцарию. Блестяще окончив Бернский университет, М.В. Величкина а 1889 г. защитила докторскую диссертацию «К лечению катаров кишечника у грудных младенцев». После непродолжительной практике в больнице Берна Вера Михайловна с В.Д. Бонч-Бруевичем, ставшим её мужем, в 1900 г. выезжала в Канаду, где оказывала медицинскую помощь духоборам, переселявшимся от царских преследований в канадские прерии. Письмами Веры Михайловны из Канады, повествующими о тяжелой доле духоборов и борьбе за существование на новых местах, зачитывалась вся Россия. В 1900 г. они публиковались в газете «Русские ведомости».

Во время революционных событий 1905 г. В.М. Бонч-Бруевич выполняла ответственные поручения В.И. Ленина, создавала различные рабочие общества самообразования, участвовала в выпуске легальных рабочих газет большевистского направления – «Волна», «Эхо», «Звезда», «Правда». В 1914–1915 гг. выполняла свой служебный долг на фронтах Первой Мировой Войны. За храбрость и мужество, за оказание помощи раненым на поле боя под огнём противника, она была награждена Георгиевской медалью IV степени, а также серебряной медалью «За усердие». 9 ноября 1917 г. В.И. Ленин подписал декрет «Об учреждении Государственной комиссии по просвещению», в составе которой был создан и отдел школьной медицины и гигиены во главе с В.М. Бонч-Бруевич. Под её руководством в стране стали закладываться основы советской школьной медицины. По её предложению в 1918 г. в Замоскоречье был создан первый противотуберкулёзный диспансер. Она считала, что «первым, краеугольным камнем организации борьбы с туберкулёзом должны служить группы борьбы. Целью группы борьбы должно быть не столько лечение больных, сколько профилактика, предупреждение болезней, чего можно достигнуть только улучшением общегигиенических и социальных условий, т.к. без этого немыслима действительная профилактика». Веру Михайловну по праву можно считать одним из основоположников противотуберкулёзных организаций СССР. Большую и ответственную работу вела она в Совете

врачебных коллегий. По её инициативе в 1918 г. обсуждались вопросы психического здоровья детей, санитарно-просветительская работы по борьбе с венерическими заболеваниями. В этом же году был учреждён Народный комиссариат здравоохранения, в число членов которого вошла В.М. Бонч-Бруевич. Также в этом же году В.М. Бонч-Бруевич помогла организовать широкую санитарно-просветительную работу в городе, используя для этого не только лекции, но и выставки, гигиенические музеи, демонстрации фильмов.

Когда 30 августа 1918 г. во время выступления на митинге на бывшем заводе был ранен В.И. Ленин, В.М. Бонч-Бруевич была первой из врачей, оказавшей ему медицинскую помощь. Первую, самую тяжелую ночь, она дежурила у его постели. Её имя стоит под многими бюллетенями о состоянии здоровья Ленина, которые ежедневно читала вся страна.

Немало сил и времени уделяла она и реорганизации Красного Креста, руководство которого не хотело отдавать имущество и капиталы организации в государственную собственность, на нужды Пролетарского Красного Креста, для помощи красноармейцам. Большое внимание уделяла она физическому воспитанию подрастающего поколения. По её инициативе при Комиссариате по народному просвещению была открыта показательная физкультурная площадка, куда приходили дети школьного возраста, чтобы под руководством опытных педагогов заниматься аритмической и вольной гимнастикой. Школьно-санитарный отдел, руководимый ею, организовал курсы для подготовки инструкторов и работников по физическому воспитанию.

Являясь страстной поклонницей учения П.Ф. Лестгафта о роли физической культуры, Вера Михайловна подняла вопрос об открытии в Москве Института физической культуры. По её предложению в Москве был создан Институт дефективного ребенка [4].

Еще один видный деятель здравоохранения – *Мария Дмитриевна Ковригина*. Мария Дмитриевна в 1936 г. окончила Свердловский медицинский институт. Во время Великой Отечественной войны работала в областном Совете депутатов заместителем по вопросам здравоохранения, народного образования, социального обеспечения и культуры. На неё возлагалась персональная ответственность за прием и устройство населения, эвакуированного и занятого врагом из прифронтовых районов. В 1942 г. М.Д. Ковригина была назначена заместителем наркома здравоохранения СССР. Вскоре после ее прихода в Наркомздрав Совнарком СССР принял 27 октября 1942 г. постановление «О мероприятиях по улучшению работы органов Наркомздрава и детских учреждений по медицинскому обслуживанию детей и усилению питания нуждающихся детей».

Вследствие катастрофического падения рождаемости СССР в годы войны была создана большая рабочая комиссия для поисков путей решения этой проблемы, куда была введена М.Д. Ковригина. Вместе со всеми сотрудниками она составляла необходимые справочные материалы о

рождаемости, состоянии здоровья детей и женщин и предложила соответствующие рекомендации. В декабре 1950 г. М.Д. Ковригина была назначена министром здравоохранения РСФСР. На этом посту она была до 1953 г., решая главным образом проблемы контроля за работой областных, краевых отделов здравоохранения, министерств здравоохранения республик.

29 января 1953 г. она была назначена первым заместителем министра здравоохранения СССР. В 1954–1959 гг. М.Д. Ковригина была министром здравоохранения СССР, в 1954 г. она была избрана депутатом Совета Национальностей Верховного Совета СССР от Коми АССР.

Принципиальным и дальновидным было выступление М.Д. Ковригиной 7 февраля 1957 г. на шестой сессии Верховного Совета СССР IV созыва, в котором она с большой остротой поставила вопрос о необходимости социально-экономических и медицинских мероприятий с целью резкого снижения заболеваемости туберкулезом в стране. Благодаря усилиям М.Д. Ковригиной было разрешено длительное (6–12 месяцев) лечение больных с активной формой туберкулеза в стационарах. В амбулаторных условиях и на дому больных стали лечить противотуберкулезными препаратами бесплатно, выдавалось пособие по временной нетрудоспособности этим больным на срок до 10 месяцев.

Находясь на посту министра здравоохранения СССР, М.Д. Ковригина предприняла шаги по реализации высказанной ранее идее об объединении детских яслей с садами в единые воспитательные учреждения. В результате 21 мая 1951 г. вышло постановление ЦК КПСС и Совета министров СССР «О мерах по дальнейшему развитию детских дошкольных учреждений, улучшения воспитания и социального обслуживания детей дошкольного возраста», по которому ясли и детский сад объединились в единое дошкольное учреждение (ясли – сад) с подчинением органам народного образования. В 1959 г. М.Д. Ковригина стала директором Центрального института усовершенствования врачей. Вскоре Государственный комитет профсоюза медицинских работников также назначил её ректором и председателем Совета первого Народного университета культуры медицинских работников в Москве. При М.Д. Ковригиной большую популярность завоевали выездные циклы как одна из форм последипломной подготовки врачей. За 14 лет (1961–1974) Центральный институт усовершенствования врачей провёл более чем в ста городах страны свыше 500 месячных тематических циклов, на которых повысили свою квалификацию более 18 000 врачей-специалистов. Это позволило значительно раскрыть возможности повышения специальных знаний врачей при минимальном отрыве от работы. Только с помощью выездных циклов без отрыва от работы в 1961–1969 гг. во многих городах и областях, в том числе на Камчатке, Сахалине и других отдалённых районах страны, включая Заполярье, обучалось около 10 000 врачей. В 1963 г. в Центральном институте усовершенствования врачей были созданы десятимесячные международные курсы ВОЗ больничных администраторов, а с 1980 г.

проводились курсы на английском языке. Под руководством М.Д. Ковригиной возросла роль института как головного научно-методического центра среди факультетов и институтов усовершенствования врачей страны. Институт стал крупным научно-исследовательским университетом, в нём улучшились материально-технические условия для научно-исследовательской и учебно-педагогической работы. М.Д. Ковригина награждена орденом Ленина, орденом Октябрьской революции, тремя орденами Трудового Красного Знамени, орденом «Знак Почёта», медалями, в том числе двумя золотыми медалями ВДНХ СССР, Командорским крестом ордена «Возрождения Польши». В 1960 г. она удостоена звания заслуженного врача РСФСР.

Первые диссертации женщин-врачей защищались в Военно-Медицинской Академии. Первую страницу успешного «диспутирования», как называли тогда защиту диссертаций, открыла ординатор Петропавловской больницы в Санкт-Петербурге *Любовь Михайловна Горовиц-Власова*. Л.М. Горовиц (по мужу Власова) окончила в 1902 г. медицинский факультет Парижского университета. Работала земским врачом в Новгородской и в Воронежской губерниях. В 1905 г. успешно выдержала испытания на звание доктора медицины и подготовила к защите диссертацию «К учению о биологическом значении лучей радия».

Прошло всего десять лет с открытия рентгеновских лучей и их свойств. Одним из пионеров отечественной радио- и рентгенологии в нашей стране, по достоинству оценивших это открытие, был выдающийся учёный Е.С. Лондон. В его лаборатории на базе Петербургского института экспериментальной медицины и родилась диссертация Л.М. Горовиц-Власовой. Объектами исследования служили бактерии, продукты их жизнедеятельности, ферменты, растительные и животные организмы, эмбрионы на разных стадиях развития, нормальные и патологически изменённые ткани.

Через полгода, в мае 1907 г., перед взыскательной аудиторией предстала следующая докторантка – *Вера Михайловна Данчакова*, которая ещё студенткой получила премию за исследования в области эмбриологии. В ходе подготовки диссертации «К вопросу о нейро-фибрилярном приборе нервных клеток и его изменения при бешенстве» она выполнила сложные гистологические исследования. В своих выступлениях оппоненты А.И. Моисеев, А.А. Максимов и Н.П. Тишуткин положительно оценили работу В.М. Данчаковой. Когда на следующий год она приехала в Швейцарию, в Лозаннский университет, чтобы прочесть лекцию о гистогенезе элементов крови, профессора приветствовали её как первую русскую женщину – доктора медицины, выступающую в высшем учебном заведении.

Большой интерес вызвало в декабре 1908 г. защита врачом *Н.А. Кашерининовой* диссертации «Материалы к изучению условных слюнных рефлексов на механическое раздражение кожи у собаки». Работа, выполненная в лаборатории И.П. Павлова и заслужившая похвалу

оппонентов – Н.П. Кравкова, Б.Т. Бабкина и самого Ивана Петровича Павлова, открыла собой целую серию «женских» диссертаций по физиологии. С ноября 1906 г. по май 1916 г. в Военно-Медицинской академии защитили диссертации на различные темы и были удостоены степени доктора медицины более 20 женщин-врачей. Многие из них впоследствии стали практическими и научными работниками, организаторами отечественного здравоохранения [2].

Список литературы:

1. Зимин И.В., Журавлев А.А. СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова: этапы большого пути. Возникновение женского медицинского образования в России и создание Женского медицинского института (XVIII – начало XX вв.). СПб., 2012.

2. Шабунин А.В. Первые диссертации женщин-врачей, защищенные в Военно-медицинской академии // Военно-медицинский журнал. 1995. № 10. С. 78–79.

3. Шабунин А.В. Хирургическая деятельность женщин-врачей России в XIX веке // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1987. № 5. С. 128–130.

4. Яровинский М.Я. В.М. Бонч-Бруевич (Величкина) и ее вклад в советское здравоохранение // Советское здравоохранение. 1989. № 10. С. 69–72.

РАЗВИТИЕ ПАРАЛИМПИЙСКОГО СПОРТА В АРХАНГЕЛЬСКЕ

АНДРЕЕВА Вера Валерьевна
ПАШКОВА Екатерина Анатольевна
ТЕТЕРИНА Елена Владимировна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: paschkovacaterina@yandex.ru
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав.каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

2014 год был знаменован проведением в России такого грандиозного события, как зимние Олимпийские игры, и нельзя не отметить великолепные результаты, показанные нашими спортсменами. Однако, проведенные следом зимние Паралимпийские игры затмили их, поразив весь мир поистине феноменальными результатами, которых добилась паралимпийская сборная России.

«Паралимпийская команда России заняла I место в неофициальном общекомандном зачете, спортсмены завоевали 30 золотых, 28 серебряных и 22 бронзовых медалей (всего – 80) в биатлоне, лыжных гонках, горнолыжном спорте, хоккее-следж, кёрлинге на колясках. Отрыв в медалях от ближайшего спортивного соперника – сборной команды Германии составил 21 золотую

медаль. Паралимпийская команда России завоевала максимальное количество медалей за свою историю участия в Паралимпийских зимних играх с 1994 года» [5].

Многие эксперты связывают небывалый успех сборной с развитием в России адаптивной физкультуры и спорта. И действительно, за последнее десятилетие наблюдается положительная тенденция увеличения государственного участия и финансирования данного сектора.

«Паралимпийское движение существует в России уже более 15 лет, действует Паралимпийский комитет и федерация физической культуры и спорта инвалидов России.

На сегодняшний день в десяти субъектах Российской Федерации созданы центры для подготовки профессиональных спортсменов-инвалидов, открыто 688 физкультурно-спортивных клубов инвалидов; количество занимающихся адаптивной физической культурой и спортом в общей сложности – более 95,8 тысяч человек; созданы 8 детско-юношеских спортивно-оздоровительных школ инвалидов «ДЮСОШИ». И эти цифры растут год от года» [7].

Наиболее активно развиваются адаптивная физкультура и спорт в республиках Башкирия, Татария, Коми; Красноярском крае, Волгоградской, Воронежской, Московской, Омской, Пермской, Ростовской, Саратовской, Свердловской, Челябинской областях; городах Москве и Санкт-Петербурге.

Целью своей работы мы поставили изучение тех мероприятий по подготовке спортсменов-паралимпийцев, которые существуют в Архангельске. И пришли к выводу, что, к сожалению, в Архангельской области развитие паралимпийского движения только набирает обороты, хотя нельзя не отметить определенные подвижки в этом направлении.

Серьезная работа с инвалидами Архангельской области началась не так давно, а именно в 2012 г., когда был создан центр спортивной подготовки «Поморье». В него зачислено 25 ведущих спортсменов области с поражением опорно-двигательного аппарата по плаванию, легкой атлетике, лыжным гонкам, бадминтону, биатлону, шахматам и настольному теннису, которые успешно выступают на всероссийских и международных соревнованиях.

Так, Светлана Сергеева из Каргополя в 2012 г. в составе сборной команды России стала чемпионкой Паралимпийских игр в Лондоне. Среди спортивных надежд Беломорья – победители и призеры чемпионата России 2012 г., участники чемпионата мира и этапов Кубка мира 2013 г. Иван Кодлозеров, Александр Яремчук и Наталья Братюк (лыжные гонки и биатлон), победитель и призер чемпионатов мира и Европы Михаил Чивиксин (бадминтон), победитель X Всемирных игр по программе специальной Олимпиады России, воспитанник Новодвинского детского дома-интерната Денис Мазаренко.

Кроме того, в Архангельске, где проживает больше всего людей с инвалидностью (треть из 100 тысяч человек), в 2012 г. были открыты группы

по адаптивной физкультуре на базе детско-юношеских спортивных школ, в которых занимаются 40 человек.

В июне 2013 г. был создан Центр развития адаптивного спорта, работающий на базе физкультурно-оздоровительного комплекса на стадионе «Труд». ФОК планируется оснастить современным спортивным и технологическим оборудованием, в том числе тренажерами для людей с ограниченными возможностями здоровья. Для занятий адаптивным спортом будет использован и большой бассейн, который по своим параметрам оптимально подходит для людей с инвалидностью. Кроме того, центр будет оборудован специальными лифтами, пандусами и туалетными комнатами для инвалидов.

«Открытие специализированного учреждения позволит вывести адаптивный спорт в регионе на качественно новый уровень, привлечь максимально возможное число инвалидов к занятиям физкультурой и спортом, централизованно выстроить эту деятельность», – подчеркнула министр по делам молодежи и спорту Архангельской области Елена Доценко» [6, 7].

На сегодняшний день в Архангельской области действует большое количество волонтерских организаций, в том числе, задействованных и в паралимпийском движении. И многие волонтеры, в частности, студенты САФУ были направлены в Сочи, чтобы оказать посильную помощь в организации XI Паралимпийских зимних игр.

Символом развития паралимпийского движения в Архангельской области может послужить эстафета паралимпийского огня. «Архангельск был удостоен чести встретить огонь зимних Паралимпийских игр в Сочи 1 марта 2014 г. Поморье получило такое право в связи с победой архангельской легкоатлетки Светланы Сергеевой на Паралимпийских играх в Лондоне и успехами в развитии адаптивного спорта. Маршрут эстафеты в Архангельске составил 2,4 километра по набережной Северной Двины от Дворца спорта до площади Мира у Вечного огня.

Паралимпийский огонь пронесли по улицам города 12 факелоносцев, причем большинство из них представители адаптивного спорта, люди с инвалидностью, которые своим мужеством и целеустремленностью воодушевляют других людей [2]. «Миссия эстафеты паралимпийского огня – создать лучшее будущее для людей с инвалидностью и показать, что возможности людей безграничны», – подчеркнула министр по делам молодежи и спорту Архангельской области Елена Доценко».

Однако перечисленные мероприятия не первые, что произошли в развитии паралимпийского спорта в Архангельске и области за последнее десятилетие. «Ежегодно проводятся летние городские спортивные игры инвалидов. В конкурсную программу входят бег на 60 метров, метание гранаты, прыжки в длину с места, пулевая стрельба, гиревой спорт, армрестлинг, дартс и вождение ручных колясок» [3].

Помимо летних, проходят также и зимние спортивные игры среди инвалидов города. «Спортсмены с ограниченными возможностями из Октябрьского, Ломоносовского, Соломбальского округов, а также из Цигломени, Майской Горки и Варавино – Фактории соревнуются в дартсе, армрестлинге, настольном теннисе, шашкам, стрельбе из пневматической винтовки» [4].

Традиционной стала и спартакиада Архангельского регионального отделения Российского спортивного союза глухих. Спартакиада традиционно проводится по шести видам спорта: настольный теннис, шашки, шахматы, стрельба из пневматической винтовки, дартс и боулинг. За победу в личном и командном зачетах борются спортсмены-инвалиды из Северодвинска, Архангельска, Новодвинска, Котласа и Коряжмы.

Внимание стараются уделять и развитию детей с ограниченными возможностями, о чем, например, свидетельствует проведение турнира «Беломорские шашки». «Нам хотелось привлечь детей-инвалидов к активному участию в спортивной жизни области, – говорил главный специалист отдела по делам семьи и детства областного управления соцзащиты Регина Ушакова. – И результаты потрясающие! Если в первый год к нам приехало 20 человек, то сегодня в соревнованиях участвует уже 54 ребенка. Кстати, увеличился не только состав участников, с каждым годом растет уровень мастерства спортсменов» [1].

По официальным данным картина получается на удивление радостной. Однако, это лишь одна сторона медали. Что о развитии паралимпийского спорта в области думают сами паралимпийцы и их тренеры?

Мы связались с некоторыми из спортсменов-паралимпийцев Архангельской области, и они охотно согласились помочь нам рассмотреть эту проблему со всех сторон. Наталья Братюк, бронзовый призер Паралимпийских игр Сочи-2014, поведала свой спортивный путь становления и рассказала, с какими трудностями приходится сталкиваться в ходе подготовки к соревнованиям.

Как Вы пришли в спорт? Что Вас сподвигло? Почему именно биатлон и лыжные гонки?

«Я училась еще в младших классах, и тогда уже участвовала за школу в разных соревнованиях. И меня заметил один из родственников моего личного тренера Сергея Юрьевича (он из города Мирный). Сообщили обо мне, он приехал к нам в город, нашел меня. Рассказал, что у его сына такая же проблема с рукой, как и у меня, и что занимается с такими ребятами, как я. На тот момент он уже тренировал 4 ребят (Свету Сергееву, Ваню Кодлозерова, Сашу Яримчука и Максима Воулина). Затем спросил, согласна ли я тренироваться и предложил легкую атлетику или лыжи. И я согласилась заниматься лыжами, этот спорт интересовал меня гораздо больше, чем легкая атлетика».

Каких результатов Вы добились, чем Вы гордитесь больше всего?

«Когда я только начала тренироваться, я бегала с одной палкой с обычными детьми у нас в городе и все время была в призах, самое большее, чего я добилась, это 2 бронзовые медали в Сочи».

Довольны ли Вы уровнем развития паралимпийского спорта в Архангельской области? Как вообще воспринимают паралимпийцев в Архангельске?

«Я считаю, что для развития паралимпийского спорта в нашей области ничего нет, а окружающие на инвалидов внимания никакого не обращают практически. Если хотите узнать более точно о развитии паралимпийского спорта, то в Архангельске есть опорно-экспериментальный реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями. Там вам абсолютно все расскажут о том, как область игнорирует способных детей и не дает продвигаться дальше».

Мы решили пойти дальше и побеседовать с людьми, которые непосредственно работают с будущими спортсменами и знают не понаслышке о том, какие на данный момент существуют условия для развития паралимпийского спорта.

Так, мы обратились в опорно-экспериментальный реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями города Архангельска и пообщались с одним из специалистов – преподавателем физической культуры Татьяной Николаевной Кравченко. Она поведала о настоящей ситуации без прикрас.

За те восемь лет, которые Татьяна Николаевна тренирует ребят с нарушениями опорно-двигательного аппарата, по ее личному мнению, не удалось добиться практически никаких результатов: «Я с 2006 г. работаю здесь, с тех пор и бьюсь со всеми органами власти, что с областью, что с городом, со всеми подряд. В 2006 г. я обратилась в областной спорт комитет, и мы позвонили в Москву, спросили календарь соревнований по опорно-двигательному аппарату. А нам сказали: «Вы что? Архангельск НИКОГДА не проявлял интерес». Вот, получается, с 2006 г., я считаю, практически ничего не изменилось».

Выходит, что какое-либо серьезное содействие со стороны местных органов власти отсутствует, все зиждется на голом энтузиазме преподавателей и родителей ребят, но только этого явно недостаточно. А ведь есть способные дети, которые в связи с отсутствием необходимых условий, возможностей, закапывают в землю свой талант: «У меня был ребенок, в 2011 г. нас отправили на первую летнюю спартакиаду инвалидов в Москву. Этот мальчик стал первым в толкании ядра в России, хотя мы с ним еще мало тренировались. Однако потом его не могли никуда пристроить – ни одного тренера по легкой атлетике, никто не берет. Попытались его включить в соревнования со здоровыми – они возмущаются: «Вы что? У нас нет такой категории». Пока мыкались, он окончил школу, пошел в училище. Но он хочет заниматься – живет в Маймаксе, каждый день бегаёт до Соломбалы в

любую погоду. В последние годы мы его запихали в плавание, так как это единственный вид спорта, где есть кому с ним заниматься».

Несмотря на наличие баз, на которых ребята могли бы заниматься, никто не заинтересован в развитии паралимпийского спорта, отсюда имеем такой плачевный результат: «Нам давали немножко Сульфата, немножко Дворца пионеров. Наши дети на такси отсюда уезжали, чтобы на Сульфат попасть. В этом году построили новую арену. Нас теперь никуда не пускают. Одни отписки – или нет доступной среды, или нет средств, подождите, пока появятся. Сульфат – нет условий, бесплатно вас принимать не будем. Нужны тренировки, а тренировка – одна в неделю. Так у нас паралимпийский спорт и развит».

Получается, что все те мероприятия, которые проводятся в этом направлении, лишь формальность, на деле же никакого прогресса нет: «Когда открывали группы отдельных видов спорта, мы сразу говорили, не получится. Нужно открывать отделения, чтобы все виды спорта вместе, чтобы была заинтересованы в этих детях, а не просто для отвода глаз... У нас ведь, по сути, не спартакиада, а фестиваль. И когда слышали, что мы еще хотим и разряды присваивать, хотя бы юношеские, они были в шоке. То есть они считают, что мы только развлекать детей должны, а не спортом заниматься... Детских спортивных школ у нас до сих пор нет».

Хотя тренеры, преподаватели и родители сами проявляют инициативу, обращаясь в надлежащие органы, бесплатно работая, тратя собственные деньги, каких-то значительных подвижек не наблюдается: «Вот мы деньги потратили, все документы сделали, отправили их в Москву. Ждем рассмотрения. Звоним им, когда нас рассмотрят, разрешат нам вступить во всероссийскую федерацию спорта. Короче, мы со своей стороны все делаем, а воз и ныне там. Нам кажется, что мы не движемся, а топчемся на одном месте. Результатов никаких».

Таким образом, власть, можно сказать, данную проблему игнорирует. Заинтересованность есть только в здоровых детях и их спортивном будущем, а инвалидам не то, что даже уделяется недостаточно внимания, напротив, создаются дополнительные преграды на пути развития. Успехов на этом поприще достигают лишь единицы, например, Сергей Кодлозеров и его воспитанники, но опять-таки, речь идет скорее о невероятных стараниях самого тренера, чем о большой поддержке паралимпийского спорта со стороны правительства области.

В итоге имеем вполне закономерный результат: «Когда приезжаешь на фестиваль паралимпийского спорта в Москву, с кем ни разговариваешь, все регионы работают, весь Северо-Запад работает, один Архангельск непонятно где. Мы списывались с Мурманском, у них опорников нет, но, по крайней мере, адаптивная спортивная школа открыта для умственно отсталых. И в Вологде есть. А у нас ничего нет».

Итак, какую картину мы наблюдаем на сегодняшний день? С одной стороны, хорошо, что есть вообще какая-то деятельность – открытие

специализированных центров, проведение фестивалей, пусть даже в качестве, праздников... С другой стороны, достаточно ли этого для развития паралимпийского спорта как такового? Отнюдь. Есть люди, готовые работать со спортсменами, есть инвалиды, способные достичь немалых успехов, но в условиях слабой мотивации и отсутствия должной поддержки со стороны органов власти, все это сходит на нет. И дело даже не в облике Архангельской области как региона на российском уровне, и не в том, что такими темпами у нас не останется чемпионов, достижения, которых могли мы послужить чести Поморья. Дело в людях, людях, для которых спорт – одна из немногих возможностей реализовать себя в жизни, но, скованные рамками обстоятельств, они лишаются даже этой возможности.

Список литературы:

1. Антуфьева С. Черно-белые соревнования // Архангельск. 2005. 15 окт.
2. Петухов Р. Весну встретили с факелами : по Архангельску пронеслась эстафета паралимпийского огня // Архангельск. 2014. 6 марта.
3. Пинегин М. Победа над собой // Архангельск. 2005. 23 авг.
6. Пинегин М. Спорт без ограничений // Архангельск. 2005. 7 дек.
5. Рецепт-спорт : спортивно-информационный портал фонда «Единая страна». URL: <http://www.rezeptsport.ru/paralympic/history.php>
6. Спорткомплекс на стадионе «Труд» в Архангельске будет ориентирован на подготовку спортсменов-инвалидов. 5 июля 2014 г. // Пресс-служба Губернатора и Правительства Архангельской области URL: <http://www.dvinaland.ru/prcenter/release/39091/index.php?print=Y>
7. Спортсмены-инвалиды смогут заниматься в спорткомплексе на стадионе «Труд»: в Архангельской области создаются условия для развития адаптивного спорта // «Двина-Информ» : информационное агентство. URL: <http://www.dvinainform.ru/sport/2013/07/05/15699.html>

МЕДИЦИНА СЕВЕРА В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

ДУДИН Александр Владимирович
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: dydqaaa@gmail.com
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав.каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

Первая мировая война (1914–1918 гг.) явилась результатом обострения отношений между крупнейшими империалистическими державами, добивавшимися передела мира. В этом плане показательна судьба северной провинции Европейской России (Архангельская, Вологодская и Олонецкая губернии). Масштабы военных действий, возрастающее число людских потерь на фронтах Первой мировой войны глубоко обострили проблему

лечения раненых. Возникла необходимость эвакуации большого числа выбывших из строя воинов в тыловые губернии, где медицинскому персоналу предстояло в оптимальные сроки возвращать им утраченное здоровье. Выполнение этой задачи было возможно лишь при правильной организации приёма, размещения, содержания и питания раненых и больных. Таким образом, в сжатые сроки предстояло создать в провинции условия для реабилитации большого количества раненых и больных воинов.

В период Первой мировой войны эвакуация раненых и больных рассматривалась военным командованием только как освобождение действующей армии от небоеспособных воинов, т.е. как чисто военное мероприятие. Связать эвакуацию с лечением попытался в 1916 г. главный хирург Юго-Западного (затем Северо-Западного) фронта В.А. Оппель (1872–1932). Он считал, что «единственный выход, сохраняющий интересы раненых и удовлетворяющий интересам армий, есть разработка вопроса ... этапного лечения». К сожалению, его система «этапного лечения» была внедрена гораздо позже (уже советскими медиками) из-за крайне слабой технической оснащённости медицинской службы, низкого уровня российского здравоохранения в целом [4].

Целью данной статьи стало определение объективной оценки медицинской службы в годы Первой мировой войны, используя примеры Архангельского транспортного узла и северных провинций, а также выявление основных успехов и просчетов российской медицины, оказавших влияние на народное здравоохранение.

Задачи: изучить литературу по заявленной теме и проанализировать события, происходившие в северных губерниях в годы Первой мировой войны, на фоне общероссийских.

Первая мировая война внесла значительные коррективы в деятельность земств по оказанию медицинской помощи. Многие земские медицинские работники были мобилизованы. Сразу же после начала войны возросли цены на медикаменты, что также создавало дополнительные трудности в организации земствами медицинской помощи населению. Глобальность проблем, возникших в связи с войной, в том числе и в области медицины, потребовала объединения и координации всех сил земств России. Поэтому 30 июля 1914 г. в Москве на съезде уполномоченных губернских земств был создан Всероссийский земский союз помощи больным и раненым воинам. Близость войны к центру России направила главные заботы земского объединения на эвакуацию раненых, а именно – на принятие от военного ведомства и Красного Креста раненых, доставляемых с полей сражений, на распределительные и окружные пункты и размещение их в местных земских лазаретах. Кроме того, в задачи союза вошли: организация санитарных поездов, питательных пунктов, заготовка медикаментов и белья для больных и раненых, подготовка медицинского персонала, помощь беженцам, военнопленным[2].

Подготовка войск и медицинской службы к Первой Мировой Войне проводилась по заранее разработанной мобилизационному плану, учитывая опыт Русско-Японской войны (1904–1905 гг.). Так, на 15 июля 1910 г. медицинская служба имела задание сформировать 189 подвижных полевых госпиталей (ППГ) и 426 полевых запасных госпиталей (ПЗГ). Для эвакуации раненых и больных мобилизационным планом на 1913 г. предусматривалось сформировать 16 полевых, 23 тыловых, 3 внутренних и 6 резервных эвакуационных комиссий. В том числе, в военном округе Европейской России планировалось сформировать 8 полевых, 12 тыловых и 3 внутренних эвакуационных комиссий. В 1914 г. был разработан план Верховного главнокомандующего, который предусматривал формирование для действующей армии 12 типов медицинских учреждений. На западе, помимо медицинских формирований, создавались в годы войны военно-госпитальные и военно-санитарные управления армии, полевые, тыловые и окружные эвакуационные комиссии, дезинфекционные и санитарно-гигиенические отряды, этапные войсковые лазареты[6].

В ходе военных действий вносились существенные изменения, корректировки развертывания госпиталей и их численности. Наиболее качественно были проведены мероприятия, спланированные в мирное время. При этом с первых дней войны возникла значительная потребность в силах и средствах для оказания медицинской помощи и госпитализации раненых и больных. Особое значение во время войны приобрели санитарные поезда, общее количество которых достигло до 360. (Рис. 1, 2).



Рис.1. Разгрузка санитарного поезда

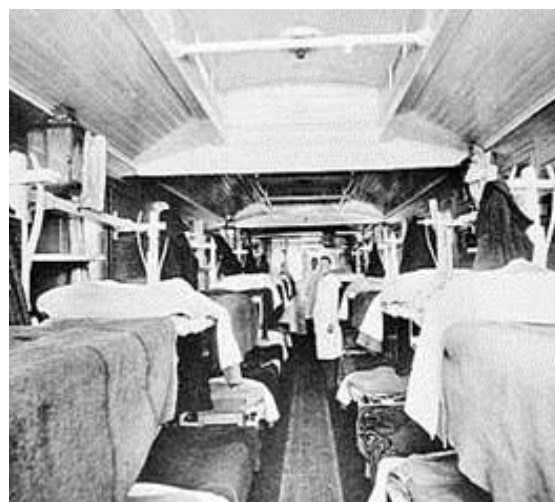


Рис.2 Внутреннее устройство санитарного поезда

Важную роль в эвакуации больных и раненых сыграли морские и речные флотилии. Для эвакуации раненых и больных формировались головные, тыловые, распределители и окружные эвакуационные пункты. Временное положение об эвакуации раненых и больных определялось назначением ЭП, штаты и место их в системе эвакуации.

С объявлением мобилизации в русскую армию, дополнительно к находившимся там 3575 кадровым врачам, были призваны 6348 врачей запаса и 2754 врачей ополчения старше 45 лет. В июле и декабре 1914 г., а затем весной 1915 г. состоялся также призыв 1438 зауряд-врачей. Несмотря на принимавшиеся меры, некомплект врачебного состава в русской армии в 1916 г. составлял 2700 чел., а к весне 1917 г. – 3151 чел., или 27%. К сожалению, даже имевшийся в наличии врачебный корпус использовался весьма нерационально: там, где была крайняя нужда в хирургах, оказывались подчас в избытке акушеры, психиатры, санитарные врачи; в войсковом районе работали врачи пожилого возраста, а молодые и менее опытные – в госпиталях. Впервые был поставлен вопрос об обязательности службы для женщин-врачей в военно-лечебных учреждениях фронтового подчинения и, преимущественно, тыла страны. Обеспеченность русской армии средним медицинским персоналом была несколько лучшей. К состоявшим на действительной службе 9600 кадровым фельдшерам прибавились после объявления мобилизации 16 тыс. «запасных фельдшеров». До весны 1917 г. в дополнение к ним были направлены еще 6155 фельдшерских учеников и 344 только что окончивших фельдшерские школы. Некомплект специалистов этой категории не превышал 10–12% к штату. Кроме них, в действующей армии и ее лечебных учреждениях трудились 24966 сестер милосердия Российского общества Красного Креста (РОКК) и других общественных организаций.

Первая мировая война по величине потерь медицинского состава русской армии не шла ни в какое сравнение с прошлыми войнами. Они составили 5010 чел., в том числе врачами – 366 чел., «школьными» фельдшерами – 690, ротными фельдшерами – 434, носильщиками – около 3500 чел. Всего было ранено и поражено отравляющими веществами 898, погибло и умерло от ран и болезней 846 медиков[1].

Существенную роль в этом играла созданная впервые в России (в Петербурге) 15 мая 1867 г. организация «Общество попечения о раненых и больных воинах», широко известная сейчас как Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Многие из героического прошлого может служить примером для миллионов современников, участвующих в благородной деятельности Красного Креста и Красного Полумесяца, направленной на охрану здоровья человека. Создание данной организации в России явилось результатом с давних пор проявления сочувствия к жертвам войн и стремление различных слоев населения оказать раненым и больным возможную помощь, облегчить их страдания.

Так, Архангельский Красный крест в самом начале войны направил на фронт свой походный лазарет. В самом Архангельске находилось 19 военных лазаретов, причем значительная их часть содержались различными общественными организациями: Соединенный лазарет имени Цесаревича Алексея на 116 коек расположился в доме губернатора, с отделением в здании винного склада на 100 коек; Епархиальный лазарет при Михаило-

Архангельском монастыре на 65 коек; при лечебнице доктора Дмитревского (для находящихся на излечении офицеров); при приемном покое акушерки Александровой на 20 коек. Союз городов содержал лазареты в здании Коммерческого собрания на 220 коек, в Мореходном училище на 160 коек, в общине Красного Креста на 20 коек. Военский лазарет, существовавший в Архангельске еще до войны, мог принять 50 человек. В мае 1915 г., по призыву «Особой комиссии при Верховном Совете по призрению пострадавших в войне, под председательством великой княгини Ксении Александровны», архангельским купцам было предложено профинансировать устройство на одном из этажей четырехэтажного здания технического училища имени Петра Великого «убежища увечных воинов».

В конце 1916 г. лазареты были устроены при Управлении строительства Мурманской железной дороги в Соломбале, при Военном порте и других военных и военизированных организациях. В далекий от фронта город доставляли в основном легкораненых и выздоравливающих. Первая партия раненых прибыла в Архангельск в начале сентября 1914 г. На железнодорожной пристани, куда они были доставлены с вокзала, была устроена торжественная встреча: множество горожан пришли полюбоваться на героев, которых буквально засыпали цветами экзальтированные дамы и девицы. Архангельское купеческое общество оплатило выездные экипажи, в которых фронтовиков доставили к лазарету. Там их уже встречали барышни, одетые в наряд сестер милосердия. Каждый горожанин стремился, как-то принять участие в обустройстве раненых воинов. Девушки устраивались сестрами милосердия; архангельские врачи брали обязательства бесплатно работать в госпиталях. Большинство врачей и сестер работали в лазаретах безвозмездно.

Следует сказать, что в первый год войны в Архангельске открывалось лазаретов больше, чем в действительности требовалось; койки во многих лазаретах пустовали. С 1916 г., когда в городе появилось много воинских частей, напротив, возник недостаток в военных лазаретах.

Пациентами теперь являлись не столько раненые, доставленные с фронта, сколько военнослужащие, получившие увечье или заболевшие в самом городе. Одновременно в Архангельских лазаретах могло находиться не менее 764 чел. Особенно много пациентов появилось в лазаретах после взрывов в районах порта – на Бакарице (октябрь 1916 г.) и на Экономии (январь 1917 г.) [7, с. 127–129].

Недостаток рабочих рук испытывали не только в Архангельске, но и во всей Империи. Это привело к появлению указа императора Николая II от 15 июня 1916 г. о принудительной трудовой реквизиции проживающих в России «инородцев», которые обладали льготой, освобождающей эти народы от призыва на действительную воинскую службу. С конца 1916 г. основной рабочей силой в Архангельском порту и на железнодорожных строительных работах становятся ратники Архангельской инородческой (бурятской) дружины. Большая часть оставленных в Архангельске бурят была расселена

на Бакарице, в т.н. «Губернаторском городке»; здесь они заняли 12 барачков, каждый на 200 человек. Врачи отмечали антисанитарное состояние, в котором содержали свои жилища буряты: проживая в бараках с приспособленными кухнями, они однако готовили пищу во дворах, на кострах, которые разводили без соблюдения противопожарных мер. Врачу «инородческой дружины» приходилось оказывать медицинскую помощь нескольким тысячам людей, раскиданным по различным населенным пунктам, от Вологды до острова Мудьюг. Разумеется, это было невозможно, и на такую работу никто не соглашался. Городской врач считал, что бурят вообще следует отправить на родину, поскольку они не могут так долго находиться в непривычных для них климатических условиях, и при существующем санитарном и продовольственном состоянии «пребывание в Северном крае бурят равносильно их вымиранию». Для доставленных в Архангельск бурят направляли тибетских лекарей, которым местные власти предоставили отдельные вагоны и выделили по два санитаря из числа рабочих. «Архангельская инородческая дружина» была ликвидирована в августе 1917 г.

Общее состояние медицинского обслуживания личного состава российской армии было далеко от идеального. Недостаточное внимание уделялось профилактическим мерам. Перебои с поставкой (заменой) тёплой одежды и горячей пищи в комплексе с неблагоприятными климатическими условиями, тесным размещением частей в землянках, блиндажах, крестьянских избах, несоблюдение правил санитарии и гигиены стали причинами заболеваемости в войсках. Основными массовыми заболеваниями были холера, дизентерия, оспа, тиф (сыпной, брюшной, возвратный). Общее число заболевших в армии за годы Мировой войны с 1914 по февраль 1917 г. составляло 3909434. Естественно, что к этим цифрам стоит прибавить данные об умерших скоропостижно, и умерших в плену военнослужащих. Следует также учитывать то, что один и тот же человек мог неоднократно подвергаться заболеванию как одному и тому же, так и другому.

На такое положение дел серьёзно повлияло то, что военно-медицинская (санитарная) служба оказалась слабо подготовленной к ведению современной войны. В свою очередь, на это значительное влияние оказали допущенные ошибки командования в расчётах масштаба войны, о чём свидетельствует незначительное количество медицинских учреждений в составе как армейских подразделений, так и организаций, работавших под флагом РОКК, а также обеспечение медикаментами и необходимым оборудованием [3, с. 192].

Необходимо добавить, что на неудовлетворительную работу данного ведомства оказало влияние отсутствие планов по координации деятельности различных служб на разных этапах транспортировки и лечения военнослужащего, устранение которых могло бы повлечь за собой решение и других проблем в плане рационализации тех средств, которые имелись в наличии, а также разрозненность медицинских и санитарных служб, попытка

объединения которых провалилась по причине отсутствия опыта (во многом, и способностей) у главы объединенной военно-санитарной службы принца Ольденбургского. Это, в целом, не изменило положения с дефицитом квалифицированного персонала на всех уровнях ведомства, как врачей, санитаров и медицинских сестёр, так и умелого менеджмента по координации работы госпиталей, лазаретов, складов и управлений. Для её устранения были призваны люди, далёкие от понимания специфики медицинской работы [5].

При таком обустройстве медицинского дела в строй возвращалось меньшее число раненых, чем это следовало ожидать. Из 100 раненых солдат в строй возвращалось только 6 (без данных по лазаретам дивизий, откуда также попадали обратно в строй легкораненые), а остальные либо умирали (10%), либо оставались инвалидами (40%), после чего подлежали демобилизации по состоянию здоровья как непригодные к несению службы.

В совокупности все эти факторы объективно оказали серьёзное влияние на работу российской военно-медицинской (санитарной) службы и её персонала в годы войны, создавая препятствия для поддержания боеспособности действующей армии на необходимом уровне.

Северные губернии, находясь в тылу, внесли свой вклад в становление военно-медицинской службы. Этот опыт был широко использован в годы последующих войн, прежде всего, в период Великой Отечественной войны.

Список литературы:

1. Быков И.Ю., Чепелев А.Г. Вопросы подготовки и развертывания сил и средств медицинской службы русской армии в XVIII-XX веках (к 300-летию Тыла Вооруженных Сил РФ) // Воен.-мед. журнал. 2000. № 8. С. 4–9.
2. Здравоохранение Российской Федерации 1998. № 2. С. 44–46.
3. Керсновский А.А. История русской армии : в 4 т. Т. 4: 1915–1917 гг. М. : Голос, 1994. 363 с.
4. Медицинская энциклопедия : [электронный ресурс] URL: <http://www.medical-enc.ru/m/26/etapnoe-lechenie.shtml> [дата просмотра 7.05.2014]
5. Мировые войны XX века : в 4 кн. Кн. 2: Первая мировая война : док. и материалы / сост. А.П. Жилин; науч. рук. Б.М. Туполев; отв. ред. В.К. Шацилло. М.: Наука, 2002. 580,[1] с., [16] л. ил.
6. Положение о военно-врачебных заведениях» (31 мая 1887 г.), определяющих порядок формирования военно-врачебных заведений в военное время // Воен.-мед. журнал. 2000. №8.
7. Трошина Т.И. Великая война... Забытая война...: Архангельск в годы Первой мировой войны (1914–1918) : кн. для учителей. Архангельск, 2008. 169 с. : [5] л. ил.

СУДЕБНО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ОСТАНКОВ СЕМЬИ ИМПЕРАТОРА НИКОЛАЯ II

ЛЕОНТЬЕВА Татьяна Сергеевна
ДУРОВИЧ Анна Владимировна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Стоматологический ф-т
Науч. рук.: преподаватель КГН СГМУ
ТАРНЯГИНА Евгения Андреевна

Убийство последнего правителя из рода Романовых и его семьи – одно из самых знаменитых покушений, а также важнейшая веха в истории России. Дело об убийстве царской семьи когда-то было предметом расследования на высшем уровне, но потом оказалось закрытым на 50 лет по распоряжению власти. В наши дни таинственные смерти разжигают споры между учёными-патологоанатомами, религиозными лидерами и российской политической элитой.

Зубы – это единственная часть скелета, непосредственно доступная исследованию у живого человека. А их необыкновенная стойкость в отношении процессов гниения и действия огня, благодаря чему зубы дольше других тканей человеческого тела сохраняют свою морфологическую структуру и внешний вид, имеет огромное значение, так как вследствие этих свойств зубы помогают в самых трудных случаях идентифицировать личность.

Идентификация чаще всего необходима при обнаружении трупа неизвестного лица либо костей и костных останков в случаях травматического или криминального расчленения. Поэтому во многих странах мира в настоящее время дентальная идентификация признана самым действенным и надежным методом. Многие исследователи полагают, что ни у одного человека нет двух одинаковых зубов, а стоматологический статус представляет собой совокупность статических врожденных и приобретенных при жизни особенностей зубочелюстного аппарата, выявляемых визуально или специальными исследованиями, либо отображенных в материальных средах.

Основной предпосылкой, определяющей возможность использования зубов с целью идентификации, является строгая индивидуальность зубного аппарата у каждого человека. Особенности отдельных зубов, строение челюстей, разновидность прикуса и следы врачебного вмешательства (терапевтических, ортопедических, ортодонтических и хирургических манипуляций), придают зубному аппарату своеобразный и неповторимый характер.

Вопрос о подлинности найденных в 1991 г. под Екатеринбургом останков семьи императора Николая II вызвал широкий резонанс в научной и

общественной среде. Для проведения экспертизы привлекли специалистов по судебной медицине. Черепа, извлеченные из Ганиной ямы, стали основой для соответствующего исследования. Частью этой работы являлась полноценная стоматологическая экспертиза.

Известно, что еще в 1920-х гг., когда Романовы и различные шарлатаны, вроде известной Лжеанастасии, начали борьбу за «царские деньги», был привлечен дантист царской семьи С.С. Кострицкий, который не только уцелел в буре Гражданской войны в России, но и вывез свой архив в Европу. Сергей Сергеевич удостоверил, что пломбы на зубах Лжеанастасии не его работы [1, с. 337].

В 1990-х гг. была проведена идентификация останков 9 человек (членов царской семьи, трех слуг и придворного врача). Исследованиями состояния зубочелюстной системы занимались петербургские специалисты: проф. В.Л. Попов, проф. В.Н. Трезубов, проф. В.Н. Балинин, к.м.н. А.В. Ковалев.

Результаты исследования показали, что зубоврачебная помощь царской семье оказывалась на высоком для своего времени уровне. Это заключение подтвердила часть экспертов, было отмечено наличие признаков системного поражения кариеса зубов на скелетах № 3, 5, 6, 7 со следами тщательного и высококвалифицированного лечения [1, с. 364].

Когда цесаревич Николай Александрович стал императором, ему было 26 лет, его жене Александре Федоровне – 22 года. В этом возрасте стоматологические проблемы еще сильно их не беспокоили. Однако рождение императрицей Александрой Федоровной в течение 8 лет пятерых детей сделало ее главной пациенткой придворных зубных врачей. Этот период наиболее документирован с точки зрения зубоврачебных услуг. Скрупулезность повседневных записей в дневниках Николая II позволяет нам по крупицам восстановить особенности придворной зубоврачебной службы в период его царствования. О каждом визите зубного врача в дневнике царя оставалась запись, так как совершенно очевидно, что посещение этого специалиста в то время, да и сегодня – это всегда сильные ощущения.

Бухгалтерские книги Николая II, в которых фиксировались все его покупки, позволяют реконструировать уровень повседневной стоматологической гигиены, бытовавшей в конце XIX – начале XX в. Все, что было необходимо царю для ежедневной профилактики ротовой полости, закупалось у придворного зубного врача: это, прежде всего, зубные щетки и зубной порошок.

Экспертиза также установила, что скелет № 3 принадлежит Романовой Ольге Николаевне, № 5 – Романовой Татьяне Николаевне, № 6 – Романовой Анастасии Николаевне, № 7 – Романовой Александре Федоровне. Также было выявлено, что останки под № 4 принадлежат Романову Николаю Александровичу. А судебно-стоматологическое исследование, проведенное профессором В.Л. Поповым, показало, что женщины под этими номерами объединены кровным родством, имели высокий социальный статус,

пользовались постоянной высококвалифицированной стоматологической помощью, а в течение некоторого времени до смерти были её лишены.

В июле 2007 г. недалеко была найдена вторая могила, из которой извлекли 44 костных фрагмента, сильно обгоревших и поврежденных – по-видимому, серной кислотой, общая масса костных останков не превышала 100 граммов. Предварительный антропологический анализ показал, что кости принадлежат мальчику 10–14 лет и девушке 18–23 лет. Точку в исследовании должны были поставить генетические экспертизы. Очень важным был тот факт, что среди останков имелись зубы со следами стоматологических вмешательств. Фотографии этих зубов были опубликованы.



Эксперты установили, что царевичу Алексею принадлежали четыре зуба, Великой княжне Марии Николаевне – три (151, 153, 154).

При проведении идентификационных судебно-стоматологических экспертиз указанных отдельных зубов для начала было необходимо установить наименование зуба, принадлежность его к верхней или нижней челюсти, а также к правой или левой стороне. Для решения этих вопросов использовали несколько признаков: признак кривизны коронки зуба, признак углов коронки и признак корня, а также анатомические особенности отдельных зубов. С помощью этих признаков были идентифицированы верхние моляры у цесаревича Алексея.

На двух молярах (№156, 157), которые принадлежали царевичу Алексею, выявлены следы врачебного вмешательства по поводу кариеса в виде трех амальгамных пломб. Основными металлами пломб являются серебро и ртуть, а примесными – медь, железо и олово. Поскольку тела убитых сжигались и обливались серной кислотой, то в одном зубе пломба вытекла.

Далее в экспертизе указано: «По данным инфракрасной спектрофотометрии, объекты № 152 (цемент), 156 (эмаль), 157 (цемент), 157 (эмаль) подверглись сожжению при температуре около 300–350°С... при этом объекты ...№ 156 (эмаль) испытали также действие кислотной среды, вызвавшей изменения неорганического состава кости. Наличие ртути в амальгамовых пломбах объектов № 156, 157 является дополнительным свидетельством о температуре сжигания данных объектов ниже 350°С.

Кислотно-термическое воздействие на представленные останки было неравномерным и на ряде объектов отсутствовало. Нативное состояние этих объектов является следствием:

– неполного термического скелетирования трупов (перепад температур по периметру костра, кратковременность сжигания);

– невозможности создания условий на местности (кроме ямы) для длительного воздействия кислоты на частично обгоревшие трупы.

Отсутствие признаков плавления амальгамных пломб (объекты 156–157) указывает на то, что сжигание трупов происходило при температуре ниже 780–900°C.

Один из этапов идентификации личности – это определение возраста по зубам. Чаще всего необходимость в проведении такой экспертизы возникает при исследовании гнилостно изменённых и скелетированных трупов, либо костных останков. Поэтому эксперты, занимающиеся исследованием останков царской семьи, придерживались следующих критериев:

1. смена временного прикуса на постоянный;

2. после 18–25 лет учитывают стираемость зубов. Степень и темп стираемости зубов могут варьироваться. Также стираемость может быть физиологической и патологической. Это зависит от ряда факторов: вида прикуса, характера принимаемой пищи, наличия ортопедических конструкций, состояния височно-нижнечелюстного сустава. По мнению В.Н. Гужеедова, при установлении возраста необходимо принимать во внимание случаи патологической стираемости, а также неправильного возрастного прорезывания молочных зубов. Для коррекции данных следует определять возраст лица по зубам разных групп, а далее усреднять полученный результат. Практически, во всех таких случаях параллельно устанавливают возраст по другим остеологическим данным, например, по состоянию швов черепа.

Признаки различий зубов по полу считают недостаточно достоверными, хотя коронки мужских и женских резцов несколько различаются по размерам, но эти различия не превышают физиологического разброса. Поэтому мы решили провести небольшое исследование по отличию размеров и форме мужских и женских коронок резцов. В исследовании приняли участие 10 юношей и 10 девушек в возрасте от 18 до 20 лет. И вот что выяснилось: 8 из 10 девушек имеют прямоугольную форму зубов, одна из 10 имеет бочковидную форму резцов, и одна трапециевидную форму. У юношей преобладает трапециевидная форма – у 6 из 10, у 3 – прямоугольная форма, 1 – бочкообразная. Таким образом, наши результаты совпали со статистикой, приведенной в книге В.В. Томилина, Г.А. Пашиняна «Руководство по судебной медицине». Мы пришли к мнению, что этот признак вполне можно учитывать при идентификации.

Исследованиями Р.Д. Чемякова в 1999 г. установлены признаки полового диморфизма в особенностях строения зубных дуг верхней и нижней челюстей. Проверка по комплексу параметров (широтные размеры, хорды,

угловые размеры и др.) подтвердила достоверность диморфизма. Частота правильного определения пола по признакам, характерным для верхней и нижней челюстей, в среднем составила около 80%.

Еще одним этапом идентификации личности является определение расы. Для каждой расы характерны свои признаки.

Для зубов представителей монголоидной расы характерны 3 основных признака:

1. лопатообразная форма лингвальной поверхности верхних резцов, образовавшаяся благодаря наличию валиков (гребешков) по медиальному и дистальному краям;

2. наличие в области эмалево-цементной границы щечной поверхности между корнями 2-х больших коренных зубов так называемого «затека» эмали, имеющего вид остrokонечного выступа;

3. наличие в области альвеолярного края внутренней поверхности нижней челюсти в местах расположения моляров костных бугорков в виде «ореховидных вздутий».

Зубам представителей негроидной расы свойственны следующие особенности:

1. резкое выступание вперед резцов верхней челюсти;

2. крупные размеры зубов;

3. вытянутая форма 2-го и 3-го моляров;

4. частая встречаемость 5-го бугорка на 2-м нижнем моляре.

Признаки, характерные для зубов лиц европеоидной расы:

1. значительное недоразвитие зубов мудрости;

2. относительно малые размеры переднего язычного бугорка на нижних молярах.

В случаях нечетко выраженных основных признаков можно предположить принадлежность к смешанной расе (европеоидно-монголоидной).

Так, при установлении подлинности останков российского императора Николая II, членов его семьи и слуг комплексному исследованию были подвергнуты верхние и нижние челюсти с находящимися на них зубами, пломбами и коронками. При обследовании останков четырех дочерей была выявлена необычно сходная форма и тенденция к задержке прорезывания 8-х зубов, что позволило предположить возможность их кровного родства и в дальнейшем явилось одним из доказательств принадлежности их к царевнам. По этим данным исследователи сделали вывод, что эти люди относятся к европеоидной расе.

На сегодняшний день в результате генных и стоматологических экспертиз установлена подлинность останков царской семьи и их окружения. Изучение вопросов именно судебно-стоматологической экспертизы позволило расширить представления о состоянии медицины начала XX в., повседневной жизни царской семьи. Исследование не оставляет сомнений, что останки всех членов семьи Романовых – царевича Алексея, его четырех

сестер и их родителей – идентифицированы и что ни один член царской семьи не избежал гибели в 1918 г.

Список литературы:

1. Зимин И.В. Из истории зубо врачевания, или Кто лечил зубы российским монархам. М.: Центрполиграф, 2013. 384 с.

2. Идентификация личности по стоматологическому статусу : реферат. М., 2012. URL: http://otherreferats.allbest.ru/medicine/00190174_0.h.

3. Романовы. Подвиг во имя любви / [сост.: Владимир Долматов, Людмила Лыкова]. М.: Достоинство, 2010. 406 с. : ил., цв. ил., портр.

4. Справка о вопросах, связанных с исследованием гибели семьи российского Императора Николая II и лиц из его окружения, погибших 17 июля 1918 г. в Екатеринбурге г. (Москва, 23 января 1998 г.) / сост.: ст. прокурор-криминалист Гл. следств. упр. Генеральной прокуратуры Российской Федерации В.Н. Соловьев. URL: <http://www.diaghilev.perm.ru/romanov/romanov/rus/fond>.

5. Судебно-медицинская экспертиза : информ. мед. портал. URL: <http://danarat.com/>

ДЕЛО ВРАЧЕЙ: МЕЖДУ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ДОЛГОМ И ВЫЖИВАНИЕМ

ПОВИЛАЙТИС Андрей Владимирович
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
ст. преподаватель КГН СГМУ

Уже прошло более полувека с несостоявшегося процесса, который получил название «дело врачей». Несмотря на откровенные фальсификации и грубейшие нарушения как методов следствия и абсурдные обвинения, корень проблемы остаётся актуальным и по сей день. Ни официальные обвинители и организаторы данного процесса, ни разоблачители «культы личности» и репрессивной системы И.В. Сталина не занимались разработкой вопроса о вступивших в глубокое противоречие двух важных положений в медицине: спасение жизни и профессиональное чувство долга врача.

«Дело врачей» имело все основания, чтобы возникнуть по причине следующих фактов:

1. 31 августа 1948 г. умер видный член Политбюро и близкий соратник И.В. Сталина – А.А. Жданов, который до этого находился на лечении в санатории.

2. Лечение, прописанное Жданову, оказалось неправильным, поскольку кремлёвские врачи – профессора П. Егоров, В. Виноградов и др. – не обнаружили у больного инфаркта миокарда. И поэтому, прописанное ими лечение, было противопоказано Жданову.

3. После обнаружения инфаркта миокарда кардиологом Л.Ф. Тимашук, ведущие профессора заставили её переписать диагноз, заменив «инфаркт миокарда» на «функциональное расстройство сердца».

4. Л.Ф. Тимашук, в письме к вышестоящему начальству (начальнику главного управления охраны МГБ), указала на своё несогласие с официальным диагнозом. Но письмо было перенаправлено тем же самым профессорам, чьи действия она ставила под сомнения.

5. После смерти Жданова, вскрытие подтвердило правоту Л. Тимашук и неправоту кремлёвских медиков, но они настояли, чтобы в документе по-прежнему указывался первоначальный ошибочный диагноз.

6. Лидия Тимашук подверглась жестокой критике и унижению со стороны ведущей профессора, была понижена в должности и переведена в другое учреждение. Её имя в медицинском мире стало символом предательства, доноительства. До конца своей жизни она так и не смогла реабилитировать своё имя в глазах общественности.

Итак, налицо, как минимум, халатность, грубейшая медицинская ошибка, которая привела к преждевременной смерти высокопоставленного пациента и попытка её скрыть, фальсифицируя официальное заключение (подлог документов). Вопрос: «Было ли это сделано намеренно или нет?» – не прояснён до конца, хотя не имеется каких-либо свидетельств о преднамеренности убийства Жданова врачами. Зато очевидно следующее: кремлёвские медики снимали с себя всю ответственность за произошедшее, совершив должностное преступление.

О профессиональном долге врача и о защите чести белого халата написано немало работ. Но все они упираются в соответствующие принципы, один из которых – «не навреди» здоровью пациента (а уж тем более – его жизни). И, разумеется, во всех существующих деонтологических моделях, врач должен нести хотя бы нравственную ответственность за жизнь пациента, который ему доверился. Следуя этическим и деонтологическим принципам, ненамеренно заблуждавшиеся врачи, не сумев спасти человеческую жизнь, были обязаны признать свою ошибку. Но, ни в прелюдии к «делу врачей», ни после, обвиняемые медики добровольно так этого и не сделали.

Возможно, что выполнению служебного долга по совести помешал «принцип целесообразности», который заключался в проблеме спасения собственной жизни. В период 1930–50-хх гг. серьёзная медицинская ошибка в лечении высокопоставленного пациента могла для врача обернуться угрозой для жизни в самом прямом смысле этого слова. Более того, в конце 30-х гг. появился термин «врачи-убийцы». А трагические судьбы оклеветанных медиков в 1937–38 гг.: учёного И. Казакова, профессоров Л. Левина и Д. Плетнёва – были наглядным подтверждением предполагаемой участи в случае обнаружения вины, даже без злого умысла. И, как показали сфальсифицированные открытые Московские политические процессы 1930-х гг., чистосердечное признание несколько не смягчило вину подсудимым.

Исходя из логики произошедших событий, кремлёвским медикам пришлось действовать, как ни парадоксально это звучит, во имя спасения человеческих жизней. Но – не высокопоставленного пациента, которому уже никто не мог помочь, а своих собственных. В контексте всего этого можно понять целесообразность действий обвиняемых врачей. Но можно ли это оправдать?

Не знающая сослагательного наклонения история свидетельствует о том, что в ходе так называемого расследования 1951–1953 гг. сначала врачей обвинили в террористической деятельности, в попытке намеренно «залечить» крупнейших политических деятелей СССР. Для сбора обвинительного заключения следствием использовались разные устрашающие методы, в том числе и пытки. Но в апреле 1953 г. дело врачей полностью прекращено и все арестованные медики были реабилитированы. Судьба обвиняемых кремлёвских медиков перетекла из крайности в крайность: от абсурдных обвинений с угрозой применения высшей меры наказания до полного оправдания.

Но между тем, преступление некоторых обвиняемых по делу врачей, действительно, было и вряд ли можно утверждать, что все лишения, унижения, насилие, которое на себе испытали арестованные врачи, является адекватной мерой для их наказания [1; 5].

Итак, в «деле врачей» вступили в противоречие два важных положения в медицинской биоэтике: чувства профессионального долга и спасения жизни (как оказалось, на практике, своей собственной и своих коллег). Профессиональный долг требовал от врачей признать свою ошибку и признать заключение «выскочки-кардиолога» Л. Тимашук, хотя это приводило к риску, как минимум – для своей карьеры, как максимум – для своей жизни. А желание спасти свои жизни требовало от них скрыть трагическую ошибку от руководства, толкнула их на совершение должностного преступления.

Другой наглядный пример проявления противоречия двух вышеупомянутых положений – это трагическая судьба Л.Ф. Тимашук. В отличие от главных обвиняемых по делу врачей (П. Егорова, В. Виноградова и др.), она действовала про принципу соблюдения профессионального долга и в итоге, была названа «доносчицей», «клеветницей» и т.п. Хотя её «донос» был вызван не желанием соучаствовать в должностном преступлении. В нём не было обвинений медикам. Вот выдержка из письма: «Считаю, что консультанты и лечащий врач Майоров недооценивают безусловно тяжелое состояние А.А. [т.е. Жданова – авт.], разрешая ему подниматься с постели, гулять по парку, посещать кино, что и вызвало повторный приступ и в дальнейшем может привести к роковому исходу. Несмотря на то, что я по настоянию своего начальника переделала ЭКГ, не указав в ней «инфаркт миокарда», остаюсь при своем мнении и настаиваю на соблюдении строжайшего постельного режима для А.А.» [3]. Л. Тимашук лишь высказывала несогласие с официальным диагнозом и методами лечения.

Несмотря на свою правоту и действия в рамках принципа соблюдения профессионального долга, она надолго стала символом всего омерзительного, негативного в медицинском мире.

Как пишет Геннадий Костырченко: «власти, раздувающие дело врачей, сначала подняли её имя на щит, наградили орденом Ленина» [4, с. 224]. Газета «Правда» красочно описывала её, как героиню в белом халате, максимально преувеличивая её роль [5]. А менее, чем через три месяца, после изменения политической ситуации, орден Ленина у Тимашук отобрали.

Как показывает анализ событий и их последствий, именно политическая подоплёка стала причиной начала дела врачей и причиной его прекращения. Политическая составляющая послужила фактором, в котором понятия «выживание» и «профессиональный долг» оказались в противоречии друг с другом. Советская медицина была предельно политизирована, что мешало соблюдению даже элементарных биоэтических принципов. Чтобы принять правильное решение, медикам постоянно приходилось оглядываться и учитывать мнения руководства. Кремлёвские медики подчинялись не министерству здравоохранения, а министерству государственной безопасности, весьма далекому от непосредственных вопросов медицины. И подобная система приводила ко многим негативным явлениям в ситуациях, когда к медицине примешивалась политика. Ближайшей после «дела врачей» подобной ситуацией стали события 1–2 марта 1953 г., когда глава государства И.В. Сталин, будучи в тяжёлом бессознательном состоянии, на 16 часов был лишён медицинской помощи. Охрана вождя вместо медиков вызвали членов Полибюро, которые слишком поздно разрешили вызвать врачей. Но это уже другая история.

«Дело врачей» – это всего лишь один из скандальных эпизодов из жизни высокопоставленного советского медицинского мира, которому приходилось, в том числе, руководствоваться политической целесообразностью.

Список литературы:

1. Брент Д., Наумов В. Последнее дело Сталина. М.: Проспект, 2004.
3. Бурт В. Клеймо Лидии Тимашук // Лит. газета. 2003. 10–16 сент.
4. Костырченко Г.В. Сталин против «космополитов»: власть и еврейская интеллигенция в СССР. М.: РОССПЭН, 2009.
5. Раппопорт Я.Л. На рубеже двух эпох. Дело врачей 1953 года. М.: Изд-во Пушкинского Фонда, 2003.
5. Чечеткина О. Почта Лидии Тимашук // Правда. 1953. 20 февр.

III. Философские вопросы медицины

КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ АСПЕКТ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ВАСИЛЬЕВА Наталия Андреевна,
ЛЕОНТЬЕВА Анна Германовна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Лечебный ф-т
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

*Недостаточно только иметь хороший разум,
главное – это хорошо применять его
Рене Декарт*

Понятие клинического мышления обширно и имеет множество трактовок. Традиционно оно включает в себя процедуры решения проблемных задач, связанных с поиском и идентификацией симптомов заболеваний, их анализом, медицинской диагностикой и планированием лечебно-профилактических мероприятий. Это понятие представляет собой совокупность мыслительных операций, таких как анализ и синтез, дедукция и индукция, обобщение, суждение и умозаключение. Клиническое мышление – это возможность охватить, систематизировать и обобщить все данные о больном с учётом уже имеющихся сведений, при помощи логики, теоретических и практических знаний и интуиции. Это некий творческий процесс, воплощённый в конкретной профессиональной деятельности. Наиболее краткое определение предлагает профессор Р.Г. Артамонов [3]: «Клиническое мышление – это профессиональное, творческое решение вопросов диагностики, лечения и определения прогноза болезни у данного больного на основе знания, опыта и врачебной интуиции».

Проблема формирования клинического мышления у будущих медицинских работников, и врачей особенно сейчас – как никогда актуальна. Именно поэтому цель нашей работы заключается в доказательстве необходимости для врача умения не только получать знания, но и правильно реализовывать их на практике.

В век появления новых технологий и методов диагностики при столь быстрых темпах развития медицины, потребность в квалифицированных специалистах существенно возрастает. Применительно к подготовке медицинских специалистов немаловажным является формирование с первых лет обучения способности собирать клинические сведения, анализировать их, синтезировать полученные сведения в виде нового знания: синдромного и нозологического диагноза, прогноза, построения плана индивидуального лечения. Формирование данной способности требует не только достаточного

объема знаний, но и определенного практического опыта, который начинает приобретаться в процессе курации пациентов в условиях учебного заведения и продолжается в процессе клинической работы в рамках всей последующей профессиональной деятельности.

Итак, формирование клинического мышления включает два основных компонента: знания и практические навыки. Знания – это теоретическая информация, усвоенная, сохраненная и продолжающая пополняться, необходимая для использования в реальной и практической деятельности по решению конкретных задач. Применительно к медицине, темпы увеличения информации быстро делают ограниченным любой ее объем, кроме того, качественно изменяются устаревшие знания. Вследствие вышесказанного, будущий врач должен обладать навыками синтетического мышления, осуществляемого, в идеале, на «подсознательном» уровне, автоматически. К этому, несомненно, можно прийти только при постоянной работе с обновляющейся медицинской литературой.

Практические навыки в медицинском вузе – это комплекс приобретенных и приобретаемых студентами приемов и способов в работе с пациентами, которые включают мануальное, физикальное и инструментальное обследование, составление плана дальнейших диагностических, лечебных, профилактических мероприятий и их практическое выполнение. Используя практические навыки, мы собираем необходимую информацию о пациенте, его общем состоянии, функционировании различных органов и систем, о клиническом развитии патологического процесса. Многократная реализация данных процедур в процессе профессиональной деятельности и постоянная оценка полученных результатов составляют основу накопления клинического опыта и развития интуиции.

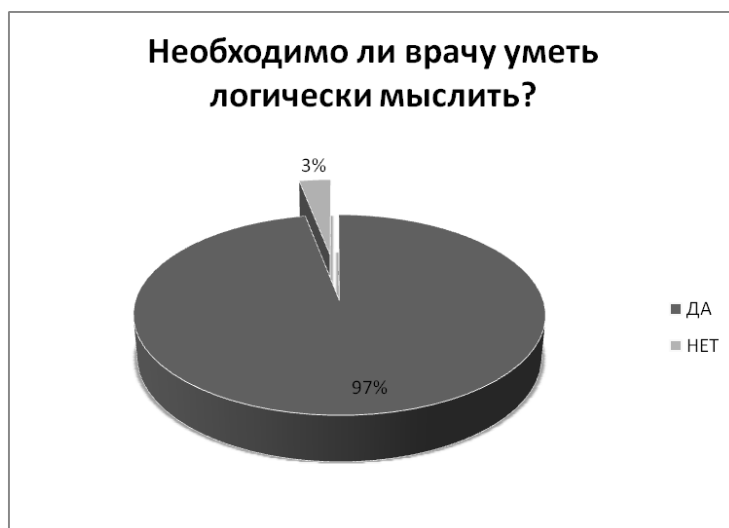
Способность клинически мыслить у молодого врача, имеющего определенный запас теоретических знаний, не появляется сразу. Она вырабатывается после нескольких лет работы под руководством опытных наставников, владеющих методами клинического мышления. Ведь не случайно заочной формы обучения в медицине не существует. В настоящее время в помощь студентам-медикам и преподавателям повсеместно применяются инновационные образовательные технологии, ориентированные на использование приемов формирования творческого, системного мышления, призванного не только воспроизводить полученные знания, но и решать нестандартные задачи, что существенно облегчает взаимодействие между студентами и их наставниками. Клиническое мышление дает врачу, приступающему к самостоятельной работе, уверенность в своих силах, может оградить в затруднительных случаях от чувства беспомощности, в известной мере возмещает недостаток практического опыта и способствует более быстрому его накоплению. Несостоятельность клинического мышления, вследствие которой молодой врач не обладает достаточной способностью применять приобретенные

знания на практике, зачастую лежит в основе врачебных ошибок и неэффективных лечебных мероприятий. Это свидетельствует о необходимости активно работать над развитием клинического мышления, начиная со студенческой скамьи и в дальнейшем на протяжении всей практической деятельности. Надо понимать, что ведущую роль в формировании клинического мышления играет сам студент. Без его желания развиваться, приобретать новые знания совершенствовать свои навыки ни о каком формировании не может быть и речи. Эта работа должна включать в себя усвоение и анализ как собственного опыта, так и опыта своих коллег и наставников. Немалую роль играет и наличие «образцов для подражания» – преподавателей теоретических, а особенно клинических кафедр, которые своим примером могут дать возможность студентам взглянуть на существующую клиническую картину под другим углом.

В ходе нашей исследовательской работы был проведён опрос среди студентов СГМУ в возрасте от 18 до 20 лет. Всего опрошено 60 человек, из них: юноши – 22 человека, девушки – 38 человек.

Опрашиваемым были выданы анкеты, где указывался вопрос: «Как Вы считаете, необходимо ли врачу уметь логически мыслить»? Были предложены наиболее вероятные варианты ответов. Разрешалось отвечать на вопрос однозначно «ДА» или «НЕТ».

После сбора всей информации по результатам анкетирования, проведён количественный анализ полученных ответов. Результаты представлены на следующей диаграмме:



Итак, исходя из результатов нашей работы, мы установили, что без адекватно сформированного клинического мышления у врачей не может быть осуществлена основная цель клинической деятельности как системы, а именно: своевременное, качественное и эффективное оказание медицинской помощи. Наиболее точно отражает эту позицию приведенный нами эпиграф. Суть его заключается в том, что при полном изучении студентами предложенных им дисциплин, будущие врачи несомненно «подкованы»

большим количеством знаний, практических навыков, которые им необходимо правильно применять в своей ежедневной практике. Студентам необходимо научиться творчески подходить к своей работе, осуществлять индивидуальный подход к каждому пациенту, – всё это и входит, по нашему мнению, в понятие клиническое мышление.

Список литературы:

1. Абаев Ю.К. Особенности и противоречия клинического мышления врача // Медицинские новости. 2008. № 16. С. 6–13 : [электронный ресурс]. URL: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=4171>
2. Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении : (филос.-деонтол. очерк) / Акад. мед. наук СССР. М. : Медицина, 1973. 168 с.
3. Борискова И.В. Формирование клинического мышления у студентов медицинского колледжа на основе их учебно-исследовательской деятельности : дис. ... канд. пед. наук. Майкоп, 2006. 145 с.
4. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине : (Этиология). М.: Медгиз, 1962. 176 с.
5. Кузьминов О.М., Пшеничных Л.А., Крупенькина Л.А. Формирование клинического мышления и современные информационные технологии в образовании. Белгород, 2012. 110 с.
6. Попов А.С., Кондратьев В.Г. Очерки методологии клинического мышления. Л.: Медицина, 1972. 183 с.

ФИЛОСОФИЯ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ЗИНЧЕНКО Галина Аркадьевна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Стоматологический ф-т
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

Основной целью изучения и рассмотрения особенностей медицины Древнего Китая является выявление теоретической и мировоззренческой основы ее возникновения и дальнейшего развития и возможности ее применения в современном мире. Для реализации поставленной цели необходимо подробно ознакомиться с литературой медицинского профиля и провести аналогию с историческими данными периода зарождения и становления философского мировоззрения Древнего Китая, а также проследить их связь до настоящего времени.

Выбранная тема особенно актуальна в современном мире, когда медицина развивается и совершенствуется с огромной скоростью. Актуальность заключается в возможности практического применения врачебного многовекового опыта китайских врачей современными

специалистами как дополнительных методов диагностики и лечения заболеваний.

Философской основой медицины Древнего Китая является концепция Инь-Ян. Для рассмотрения всего пути совершенствования, необходимо провести исторический экскурс по хронологии и этапам возникновения данной концепции. Эта теория является наиболее определяющей в понимании физиологии человека, возникающих патологий и, следовательно, теоретических основ для медицины. Инь-Ян – уникальная концепция, которая является с одной стороны, относительно простой в понимании, с другой – подходящей для объяснения всех интересующих и возникающих со временем вопросов. Поняв всю суть данной теории, китайские мудрецы, ремесленники, медики смогли развить многие сферы деятельности: земледелие, метеорологию, медицину; даже учение «Фэн-Шуй» отталкивается, берет основы из концепции Инь-Ян. Уникальность теории, в корне отличающейся от, например, мировоззрения западной философии, позволило китайской медицине создать совершенно новое направление и методы диагностики, лечения, эффективно действующие на протяжении многих веков.

Говоря об истории возникновения Инь-Ян, невозможно не упомянуть «Книгу перемен» (И Цзин), датируемую примерно 700 г до н.в. В этой книге они обозначались как прерванная (Инь) и целая (Ян) черта. Различные комбинации двух черт давали различные значения: Крайний Инь, Ян в Инь, Крайний Ян, Инь в Ян. Добавление еще одной черты делало возможным восемь комбинаций из трех черт (триграмм). Далее комбинации из восьми триграмм в сумме давали шестьдесят четыре гексаграммы. Гексаграммы, в свою очередь, обозначают всевозможные явления на Земле, тем самым доказывая их зависимость от двух явлений – Инь и Ян.

Школа, которая непосредственно брала за основу концепцию Инь и Ян и развила ее, получила название Школа Инь Ян. Ее представителем являлся Чжоу Ян. Достижения этой школы легли в основу теории Инь-Ян как таковой и концепции Пяти Элементов, которые могут интерпретировать всевозможные явления природы, человеческого организма и возникших патологий.

В основе понимания учения Инь-Ян лежит тот факт, что все вещи имеют свои противоположные стороны, дополняющие друг друга. Самыми понятными примерами служат день и ночь, жар и холод, движение и покой, земля и небо. Обе стороны образуют единое целое какого-либо феномена. Одна из половин будет относиться к Ян, а другая к Инь. День, жара, солнечный свет и движение имеют Ян-характер, а ночь, холод, дождь и покой – Инь-характер. Весь мир состоит из подобных противоположностей и совокупность всех явлений зависит от изменения этих аспектов Инь и Ян.

В традиционном китайском понимании сторона Ян данной концепции обладает движением, динамичным функционированием, обозначает свет и бодрствование. Поэтому элементы, имеющие Ян-характер, должны обладать

стремлением подняться вверх, быть активными, их значение должно быть ясно определимо и понятно. К Инь относится все то, что неподвижно, падает вниз, является темным и холодным, имеет слабые функции и пассивно.

Небо и земля являются одни из самых первых элементов, которые были отнесены к учению Инь-Ян. Они составили основу данной теории. По имеющимся у них качествам можно распределить и другие предметы. Небо находится высоко, почти недостижимо, постоянно в движении, поэтому относится к Ян. Земля ниже неба, тверда и неподвижна, поэтому ее относят к Инь.

Ян и Инь, как две противоположности одного целого, находятся в постоянном взаимодействии друг с другом. Предмет, относясь к одной из сторон, имеет определенные качества и свойства, которые с течением времени могут изменяться. Тем самым он способен перейти на другую сторону. Ян характеризуется движением, функцией, прогрессией. Инь определяется статичностью, формой, какой-либо вещью. В определенных условиях феномен способен переходить в форму или вещь, принимая характер Инь. Но не все имеет строго Инь- или Ян-характер, что-то находится в переходном состоянии, у которого преобладает одна из сторон, а вторая существует в подавленном состоянии. Например, день является Ян, ночь – Инь, первая половина дня полностью характеризуется Ян, а вторая половина несет в себе Инь в характере Ян. По этому принципу можно распределить явления между Инь и Ян и разбить каждую из сторон на подгруппы, также характеризующиеся Инь и Ян.

Учение об Инь и Ян включает в себя следующие отдельные элементы:

- 1.Наличие противоположности между Инь и Ян.
- 2.Взаимозависимость между Инь и Ян.
- 3.Взаимное дополнение и ограничение Инь и Ян.
- 4.Взаимное превращение Инь и Ян.

Инь и Ян как противоположности (Дуй-Ли). Здесь подразумевается, что с помощью учения Инь-Ян можно выразить противоположные стороны одного явления. Каждая половина феномена противодействует другой. Происходит взаимное ограничение сторон единого предмета, явления. «Увеличение одной стороны вызывает кратное угасание противоположной и наоборот. Это можно проследить, наблюдая за сменой времен года. Летом царит жара Ян. Постепенно начинает преобладать погода Инь, которая борется с жарким Ян или ограничивает его. Зима является вершиной чистого холода Инь. После постепенно устанавливается погода Ян, ограничивая холодный Инь зимы».

Взаимозависимость между Инь и Ян (Инь-цунь). Данная часть концепции объясняет зависимость одной стороны от другой. Невозможно существование понятия без наличия его противоположного явления. Только в сравнении мы можем сказать, что лето теплое, а зима – холодная. Без верха не может быть низа, без левой стороны нет правой и наоборот. Наполнение (Щи) или избыточная функция характеризует Ян. Опустошение (Ху) или

слабость функции характеризует Инь. Следовательно, опустошение невозможно без наполнения и слабость данного процесса не существует без избыточности. Каждая сторона учения порождает противоположную сторону, являясь тем самым неким источником или началом. Две противоположности никогда не образуют статического явления, они постоянно находятся в динамическом равновесии, взаимодействуют и дополняют друг друга. Динамику различных процессов можно проследить лишь при комплиментарности данных явлений, развитие какого-либо действия также нуждается в них.

Если применить данную концепцию на современную западную медицину, то можно сказать, что структуры органов образуют материальную основу различных функций, которые обусловлены по изложенным выше представлениям. В китайской медицине эту теорию определяют выражения: «Инь является сторожем Ян» и «Если отступает Ян, увеличивается Инь, а если отступает Инь, происходит увеличение Ян». Функционирование органов и систем возможно лишь при взаимном влиянии двух стихий, находящихся в различных аспектах.

В китайской медицине происходит возникновение функции (Ян) за счет потребления продуктов питания (Инь). При этом происходит умножение Ян и уменьшение Инь. В то же время процесс метаболизма требует расхода некоторых веществ, который характеризуется обратным процессом: уменьшение Ян и увеличение Инь. Как видно на данном примере, каждый этап, каждое действие в организме невозможно без взаимного дополнения двух структур. При равновесии Инь и Ян происходит стабилизация и нормализация функций организма.

Наряду с учением об Инь-Ян, в текстах древней китайской медицины отводится большое значение и теории о Пяти Элементах, так называемой У-Син. В переводе «у-син» – это пять движений, пять фаз изменения или пять элементов. Согласно данной теории, основными составляющими окружающего мира являются пять веществ: огонь, вода, дерево, металл и земля. Все эти элементы находились между собой в циклической взаимосвязи и являлись основой в жизни человека того времени. Используя данные знания, китайцы пытались объяснить функциональные процессы, наблюдаемые в природе, а также в человеческой жизни. Применялась данная концепция и в медицине, где являлась некой попыткой толкования физиологической нормы человеческого организма и патологических процессов, происходящих в нем.

Как и учение Инь-Ян, теория о Пяти Элементах создавалась при ограниченном знании людей Древнего Китая. Но она не смогла прижиться в современном мире из-за наличия большого количества метафизического философствования. Эта теория не нашла своего дальнейшего развития и применения в наши дни. С другой стороны, Пять Элементов запросто могут быть включены в учение Инь-Ян или заменены им. Но при этом, если современный врач хочет овладеть навыками лечения и диагностирования,

используя основы медицины Древнего Китая, для наиболее полного понимания сути и основ данного направления, ему необходимо понять и концепцию Пяти Элементов.

Учение о Пяти Элементах в Древнем Китае использовалось для классифицирования знаний о внутренних органах человека, которые имелись у врачей того времени. Тем самым, охватывая физиологические процессы, данная теория позволила упорядочить разнообразные связи между организмом человека и окружающей средой. Такие связи устанавливались исключительно на основе аналогии. Многие процессы человеческого организма сравнивались с временами года или с погодными условиями. Некоторые могут задуматься, как можно сравнивать орган человека с погодой, или с каким-либо другим природным явлением? Но аналогия предметов и природы имела не конкретный, а некий абстрактный характер. Предметы, классифицированные по теории о Пяти Элементах, не имеют ничего общего с тем элементом, к которому его отнесли. Здесь используется аналогия по качествам предметов, по их сущности, действию, форме. Например, земля у китайцев обладает такими специфическими свойствами как питание, плодородие, превращение. Свойствами металла являются хрупкость, чистота, ясность. Огонь же обладал качеством жара и поднимающимися вверх языками пламени. Противоположностью является вода – к ней относили текучесть, холод и стремление к движению вспять. Дерево характеризуется возникновением путем роста и податливостью.

Все пять элементов не были изолированы друг от друга, а даже наоборот – имели тесную связь друг с другом и обладали взаимным влиянием. Эти обоюдные воздействия объяснялись в традиционной медицине с помощью четырех основных функций Пяти Элементов: взаимного порождения (Шэн), взаимного подавления (Гэ), взаимного разрастания (Чэн) и неподатливости (Ву).

«Взаимное порождение» обозначает помощь, поддержку одного элемента другому. Каждый элемент оказывает влияние на противоположный, способствует его возникновению. Без наличия какого-либо компонента невозможно появления второго, зависящего от него. Так, например, дерево порождает огонь. Но здесь необходимо понимать, что огонь поддерживается, распространяется и берет свою жизненную силу с помощью дерева. Также можно связать воду и дерево. В данном случае вода питает, оживляет дерево, содействует его росту. В свою очередь, вода берет свое начало из металла, когда он плавится и становится жидкой субстанцией. Полная последовательность порождения пяти элементов имеет следующий вид: дерево порождает огонь, огонь порождает землю, земля порождает металл, металл порождает воду, вода порождает дерево. Появляется своеобразный бесконечный круговорот элементов. Цикл Пяти Элементов, при котором происходит их образование, имеет две характеристики: «порождать» и «быть порожденным». Порождающий элемент – это начало следующего, поэтому его называют «материнским». Порождаемый элемент является

продолжением предыдущего, от чего именуют «дочерним». Исходя из названий сторон, которые принимают участие в круговороте «порождения», данный цикл называют «отношение мать-дочь».

Если элементы природы порождают друг друга, то также должно быть и взаимное ограничение, чтобы не было беспорядка и неупорядоченности на Земле. Закон «взаимного подавления» необходим для угнетения, нарушения или даже ликвидации одного элемента другим. В этом случае уже огонь плавит металл, металл рубит дерево, дерево подрывает своими корнями землю, земля впитывает воду, а вода тушит огонь. В цикле подавления также имеется два участника, два элемента: «активная сторона подавления» (Во-гэ) и «пассивная сторона быть преодолеваемым» (Гэ-во). Есть и обратный цикл, так называемый цикл «преодоление подавления» и представляет собой противодействующую тенденцию к «взаимному подавлению». Суть заключается в том, что если один элемент достаточно силен, то он может оказать сопротивление угнетающему ее объекту или явлению.

В Древнем Китае считали, что два этих цикла имеют тесную связь друг с другом. Они не могут существовать по отдельности, не могут быть разделены. Для нормально протекания процессов в природе нужны обе эти функции Пяти Элементов. Они контролируют друг друга, ограничивают от чрезмерной нагрузки. Отсутствие рождения тянет за собой и отсутствие роста, развития. Без преодоления рост становится беспредельный и невозможно гармоничное развитие.

Если говорить о восстановлении древнекитайской медицины и ее распространении в современном мире, то на сегодняшний день происходит некая интеграция традиционной медицины и современных технологий. Использование новых технологий, например, в диагностировании, совместно с идеями традиционной китайской медицины, например, пульсовой диагностики, дает возможность получить новые и более полные сведения о больном. Акупунктура, являющаяся на сегодняшний день довольно распространенным методом рефлексотерапии, с использованием новых научных знаний и базы древнекитайских врачей – высокоэффективная методика лечения.

Но можно ли с уверенностью утверждать, что те умения, которыми владеют большинство современных врачей в области именно древнекитайской медицины, полностью раскрывают саму сущность данных технологий? Без познания теоретических основ медицины того времени, подробного изучения теории, философии, концепций Инь и Ян, теории Пяти Элементов не произойдет полного понимания медицины Древнего Китая. Ведь, как уже выше доказывалось, она опиралась на теоретические познания, чувственную связь организма человека и природы, поэтому прежде всего нужно понять философские и теоретические основы. Древнекитайские врачи досконально изучали фундаментальные концепции, познавали человеческий организм через изучение своего тела сквозь призму души и ее взаимодействия с окружающим миром.

Еще одной проблемой, связанной с полным пониманием теоретических основ медицины Древнего Китая, является сложность перевода оригинальных терминов на западные языки. Например, профессионализм «Ци», означающий «энергию», приводит к недоразумениям между медицинской наукой и современным иглоукалыванием. В современном смысле это означает физическую энергию, что не совсем точно в интерпретации традиционной медицины. Существуют также и другие термины («Инь и Ян», «Юй», «Шэнь»), трактуемые современными специалистами не совсем корректно. Именно поэтому, для облегчения понимания терминологии, многие термины приводятся в транскрипции по системе «пиньинь» с подробной интерпретацией в тексте.

Из всего вышеперечисленного можно сделать вывод, что медицина Древнего Китая – довольно перспективное направление. Его основой является сложная система взглядов, которая опирается на мировоззрение китайской философии и правильное и эффективное ее использование возможно лишь при доскональном изучении всех основ и аспектов основополагающих концепций.

РЕЛИГИЯ И МЕДИЦИНА: ВОЗМОЖЕН ЛИ ДИАЛОГ?

ЛАВРЕНТЬЕВА Анна Юрьевна
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет
Кафедра гуманитарных наук
Канд. филос. наук, ст. препод. КГН СГМУ

В общественном сознании традиционно сложилось мнение о противопоставлении двух сфер жизни человека и общества, религии и науки. Кроме того, актуальна идея, что эти сферы духовной деятельности не имеют точки соприкосновения. А. Шевченко указывает на данные концепции: «Вместе с тем, имеются и критические замечания, исходящие, как от ученых, так и от священнослужителей разных конфессий, доказывающих, что тенденция объединения медицины и религии вредит и той и другой. Авторы обнаруживают серьезные методологические недостатки тех работ, в которых утверждается позитивная связь между верованиями пациентов и состоянием их здоровья» [6].

Наука и религия, как формы общественного сознания, рассматривают окружающую действительность и общественное бытие в процессе непосредственной практической деятельности человека.

Религия в связи с некоторой отдаленностью от общественного бытия, представляется (более) самостоятельным явлением в результате влияния собственных традиций. Масштаб объективного отражения религии обширен. И, как мировоззрение, в результате, религия взаимодействует со всеми другими формами общественного сознания.

Религия (от лат. *religio* – совестливость, благочестие, набожность) – одна из сфер духовной и практической жизни людей, состоящая из следующих элементов:

1. религиозное сознание, основу которого составляет вера в существование «иного» мира, сверхъестественных сил и существ,
2. культ религиозный, обеспечивающий связь человека или сообщества людей со сверхъестественными силами и сущностями и поддерживающий у верующих религиозные чувства
3. религиозные организации различного типа, объединяющие единоверцев, которые совместно отправляют культ, вырабатывают и претворяют в жизнь общие принципы поведения [4, с. 872].

Наука представляет собой совокупность знания, изучающая явления природы или общественной жизни, опирающаяся на факты, полученные в ходе эксперимента, выраженные в теоретическом оформлении. Естественные науки, как один из видов данной формы общественного сознания, связаны с открытием законов природы и использованием их для развития общественного бытия. В данном случае, следует рассмотреть медицину, как систему научных знаний.

Медицина (латинское *medicina* – врачевный, *medeor* – лечу, исцеляю), система научных знаний и практических мер, объединяемых целью распознавания, лечения и предупреждения болезней, сохранения и укрепления здоровья и трудоспособности людей, продления жизни [3].

Но действителен ли процесс влияния религиозных представлений на формирование медицинской науки?

История взаимодействия двух сфер общественного сознания начинается с самых ранних стадий существования человека. Зачатки гигиенических знаний стали получать из наблюдений и опыта, закрепившись в обычаях, что и составляет народную медицину. Силы природы, средства растительного и животного происхождения были средствами предупреждения и лечения болезней.

Мифологическое представление об окружающей действительности рассматривало болезнь как внешнее, враждебное бытие, воздействующее на человека. Появились магические средства и приемы лечения как заклинания, заговоры. Стали развиваться знахарство и шаманизм.

Вообще, болезнь связывалась со злыми духами. Жрец как посредник этого мира и сверхъестественного мира, обладал атрибутами ритуальной практики изгонять демонов.

Культура Древнего Востока, папирусы Древнего Египта, законы Хаммурапи, законы Ману, Аюрведа и др. – все эти документы зафиксировали тот факт, что в древних государствах деятельность врачей была законодательно регламентирована. Врачи и жрецы использовали наряду с магическими, лечебные приемы и средства народной медицины: диета, гигиена, массаж, водные процедуры, гимнастика, кроме того, различные

хирургические методы. Древнекитайская традиция оставила сведения об использовании лекарственных средств и особый метод – иглотерапию.

Религия Египта дала истоки развитию анатомии, патологоанатомии и хирургии своими ритуальными обрядами, извлечением внутренних органов в канопы и бальзамированием.

Авеста, священная книга зороастризма, включила в свой состав представления об анатомии и физиологии человека, предупреждение болезней, режим питания, отношения семейной жизни и другие.

В Древней Греции лечение проводилось в храмовых «асклепейонах» [5] и домашних лечебницах. В религиозном культе Древней Греции особое место отводится врачу Асклепию. Он занимался только медицинскими делами, поэтому его часто называют первым в истории медицины богом врачевания. В других же древних религиях «божественные врачеватели» – боги-покровители врачебного искусства – отвечали одновременно за несколько «направлений». Так, египетский бог Тот считался изобретателем письменности, покровителем писцов и хранителем священных знаний. Вавилонский бог Эа, обитатель водных глубин, был покровителем мудрости, частью которой считалось искусство врачевания.

Древнегреческий врач Гиппократ выделил медицину как науку. В его трудах кроме практических вопросов медицины, также говорится и о религии. Так, в его сочинении «О болезнях» имеются следующие «рекомендации»: «Таким образом, узнав о небесных знаках, нужно заранее позаботиться установить диету и молить богов: при хороших знаках – Гелиоса... Гермеса и Аполлона; при обратных знаках – богов, отвращающих зло: Гею и героев...» [1].

Кроме того, александрийские врачи Герофил и Эрасистат привели доказательства о области науки о строении и функции тела человека. Гален попытался построить научную систему медицины как отрасли знания. В Древнем Риме впервые возникают санитарная и военно-медицинская организации, особого рода служба городских врачей.

В Византии возникают больницы для граждан, а в Европе – монастырские больницы и лазареты. На Руси были распространены рациональные наставления по лечению болезней и бытовой гигиене, травники, народные лекари. С XI в. на Руси стала развиваться монастырская медицина, чему свидетельствует Никоновская летопись. Больницы появляются в разных городах, как Переяславль, Новгород, Смоленск и другие. Киево-Печерский патерик содержит сведения об Антонии, Агапите, исцелившего Владимира Мономаха, Алимпии. Монахи занимались не только практикой, но и хранением рукописей, переводом книг медицинского содержания. К примеру, «Галиново на Иппократа». В XVI в. при Соловецком монастыре была основана больница со специальной библиотекой.

В Древнем Китае знаменитый философ и врач Бянь Цяо положил начало развитию пульсовой диагностики.

Об анатомических познаниях врачей Древней Индии можно судить по труду Сушруты, где перечислены кости, мышцы, сосуды и суставы. В Древней Индии существовало понятие врачебной тайны: сведения, полученные от больного, не разглашались, если они могли произвести тяжелое впечатление на близких людей. Индийская медицина приписывала влиянию демонов в основном психические заболевания, а медицина Тибета связывала с действием духов и демонов половину всех существующих болезней. Тибетское богословие содержит учение о «вместорожденных» – человеке и его душе.

Большую роль в развитии медицины сыграли врачи Востока: Разес, Авиценна и Исмаил Джурджани. Медицинские факультеты университетов, возникших в Европе в XI–XII вв., не могли способствовать быстрому развитию медицины. В отличие от данных университетов во власти схоластики в меньшей степени были: Салернский, Падуанский, Болонский, Краковский, Пражский и в Монпелье. Против схоластики, за опытное знание, борьбу вел врач Арнальдо де Виланова.

Авраамистические религии трактуют появление болезни вследствие грехопадения, как отдаление человека от Бога. Исцеление укрепляло человека в способности веровать в Бога. Болезнь представлялась как кара за проступок. Тому способствовал религиозный культ. Обряд был связан с обеспечением результата – исцеления. Врачом был апостол и евангелист Лука. Папа римский Иоанн XXI до своего избрания практиковал как врач. Доктрина христианства трактует богоподобие человека, возможность реализации человеческого бытия не с помощью жертвоприношений и ритуалов, а при непосредственном служении ближнему как образу и подобию Божию. Такой вид служения – врачевание и помощь больным.

Медицина была частью буддийского образования. В «курсе десяти наук» входили «пять больших наук» – буддийская философия, логика, медицина, грамматика, буддизм; и «пять малых наук» – технология ремесел, теория поэзии, лексикология, астрология и хореография. В столице Тибета была организована медицинская школа для монахов.

«Молитва врача» была сочинена еврейским врачом Моисеем Маймонидом, который пытался объединить успех практической медицины с нравственностью, прививаемых именно религией. Он писал: «Врачебное дело воспитывает в человеке скромность, богобоязненность и любовь к здоровью... врачебная деятельность дает выход к совершенству, к нравственности, к познанию Бога, к достижению истинного счастья – можно сказать, что это труд во имя Творца...» [7].

Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм, Парацельс, Андрей Везалий, Николай Коперник, родоначальник генетики, священник Грегора Менделя, сын священника, бывший семинарист, церковный староста, отец русской физиологии академик И.П. Павлов, святитель Лука (Войно-Ясенецкий) – список имен не полон, каждый своей жизнью являл пример

возможности диалога научного и религиозного мировоззрения, совместного сосуществования медицины и религии.

Таким образом, многие серьезные проблемы, стоящие сегодня перед российским обществом, затрагивают духовно-нравственную сферу: демографический кризис, наркомания и алкоголизм, новые биомедицинские технологии.

Если принять во внимание, что термин «диалог» включает два слова, в переводе означающих, как сквозь/ через и слово/речь [2, с.132], то взаимодействие религии и медицины представляется допустимым, более того взаимодополняющим.

Конечно, религиозные системы в условиях роста биомедицины вырабатывают и уточняют позиции по данным вопросам: время ограничения жизнеподдерживающего лечения, эксперименты на человеческих эмбрионах, использование тела как источника органов и тканей, вопросы самоубийства, генетическое вмешательство и другие. Эти вопросы вызывают споры и разногласия, затрагивают главные темы взаимодействия науки и религии.

Многие вопросы медицины противоречат канонам религиозного вероучения. Система запретов и ограничений предписывает верующему адепту крайне категорично высказывать мнение по поводу некоторых медицинских положений, что не всегда способствует сохранению человеческой жизни.

Но следует также указать, что некоторые положения религиозных систем не столько противоречат медицинской теории практике, скорее дают толчок к дальнейшему развитию, стимулируют на прогресс, где наука, религия и нравственность должны сосуществовать посредством диалога.

Список литературы:

1. Гиппократ. Сочинения / пер. с греч.: проф. В.И. Руднев. URL: <http://www.bibliotekar.ru/426hippo/25.htm>

2. Макулин А.В. История философии : учеб. пособие. Архангельск: Изд-во СГМУ, 2013.

3. Медицина / Ю.П. Лисицын, Ю.А. Шилинис, А.Д. Адо, П.Е. Заблудовский // БСЭ / под общ. ред. Б.В. Петровского. URL: <http://slovari.yandex.ru/медицина%20это/БСЭ/Медицина/>

4. Религия // Религиоведение : энцикл. словарь / Забияко А.П., Красников А.Н., Элбакян Е.С. М.: Акад. Проект, 2006.

5. Сорокина Т.С. Асклепены Античного Средиземноморья // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2004. № 2. С. 57–60.

6. Шевченко А.А. Концепция тождества биологического и когнитивного в медицине и Православном Предании. URL: <http://www.vob.ru/eparhia/otdel/medikal/paradigm.htm>

7. Юлиш Е.И. Неси свой крест : очерки о великих, которым мы благодарны. URL: <http://www.bookvamed.com.ua/images/Pages/i04006.pdf>

МОЖНО ЛИ СПАСАТЬ ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКА ЦЕНОЙ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ДРУГОГО

ЛОГИНОВ Анатолий Васильевич
КОМАРОВА Софья Юрьевна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс, 4, 3 группа. Лечебный ф-т
E-mail: mr.loginov.anatoliy@icloud.com
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

«Жизнь – это не имущество, которое надо защищать, а дар, который нужно разделить с другими людьми», – считал Уильям Фолкнер. Данное высказывание выбрано не зря, ибо вопрос о спасении жизни человека не так однозначен, как это могло бы показаться на первый взгляд, и содержит в себе немало спорных аспектов. Специалисты в области биоэтики, решая множество подобных проблем и отыскивая ответы на подобные сложные вопросы, не смогли прийти к единой точке зрения. Возможно, у нас, за отсутствием многолетнего жизненного опыта, недостаточно прав и оснований рассуждать на эту тему, но Достоевский в одном из своих сочинений писал, что если вас действительно занимает какой-то вопрос, если вы подлинно заинтересованы и убеждены в чем-то, вы в праве говорить об этом[1].

Проблема цены или ценности жизни всегда рассматривалась в этике и антропологии как одна из важнейших, поскольку связывалась с пониманием цели и смысла человеческого существования. Ценность жизни бесспорна. Ведь если нет земного существования, то остальные ценности утрачивают свою значимость, т.к. именно человек есть мера всех вещей.

Несмотря на кажущуюся простоту в понимании того, что жизнь каждого человека является абсолютной ценностью, обязательно встает вопрос: «Можно ли спасти жизнь одного человека ценой жизни и здоровья другого?» – вопрос, на который многие работники здравоохранения могли бы ответить категоричным отрицанием. Серьезно подумав, мы решили привести в пример одну из условных моделей, которая могла бы ответить на данный вопрос не сквозь призму морали и нравственных установок, а через предметное понимание решения ряда поставленных задач, основанных на рационализме и субъективном прагматизме.

В медицине, как неотъемлемой составляющей современности, существует ряд основополагающих принципов биоэтики, которые во главу ставят правило, известное еще с времен Гиппократов – о непричинении вреда: «Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». Но и оно, на наш взгляд, безусловно имеет свои

исключения. И речь пойдет не о пассивном бездействии, или активном членовредительстве, а о вопросе приоритета жизни одного пациента, ценой здоровья и, возможно, жизни другого. Хотелось бы акцентировать внимание именно на слове «пациент», поскольку без этого рассуждение теряет последние частицы разумности и человечности в целом.

Давайте представим, что в наше, условно существующее отделение, поступили два пациента обладающие абсолютно одинаковыми симптомокомплексами и находящиеся в одинаково тяжелом состоянии, что по сути однозначно нам указывало бы на одинаковую инфекционную природу заболевания. Необходимость оказания экстренной помощи очевидна. Для начала лечения необходима точная постановка диагноза, на что нам, как условным врачам, необходимо время (бактериологический метод исследования предусматривает наличие времени на проведения посева, микроскопии и последующих манипуляций), которого у этих людей почти не осталось, а череда бесконечных вариаций широкого спектра возбудителей сделала бы эту задачу практически невыполнимой. Исходя из первично полученных данных анамнеза ценой жизни и здоровья пациентов, было принято решение назначить раздельное медикаментозное лечение, так как возникал риск острой почечной недостаточности и возможный отказ поджелудочной железы. С точки зрения этики, данный поступок недопустим, так как возникает существенная доля вероятности гибели одного из поступивших пациентов. Но, из-за соображении целесообразности, было принято именно это решение, так как гарантированная гибель двух пациентов не может иметь никакого отношения к медицине в целом, да и в последующем, верно обнаруженная и успешная тактика лечения могла бы послужить на благо при дальнейшем поступлении больных со сходными симптомокомплексами.

На данном примере представлена одна из этических дилемм, в которой пришлось пожертвовать одним пациентом, ради спасения жизни другого человека, и это на наш взгляд достаточно разумное решение, которое смогло спасти жизнь хотя бы одного.

Стремясь обнаружить, имеет ли наша идея поддержку среди наших сверстников, так же обучающихся в медицинском вузе, мы решили провести минисоциологический опрос. Участникам был предложен всего один вопрос: «Можно ли спасти жизнь одного человека ценой жизни и здоровья другого?» и предложено всего два варианта ответа – «Да/Нет». Результаты нас несколько поразили. А именно: 64,2% опрошенных не согласны с возможностью спасения жизни одного человека за счет другого. Ради интереса, мы решили провести половую дифференциацию.

Из опрошенных лиц женского пола согласились бы спасти жизнь человека подобным образом 35% опрошенных. Среди мужчин данный процент несколько выше, а именно 38,5%.



Исходя из полученных выше данных, можно понять, что идея спасения жизни одного человека за счет жизни и здоровья другого не является такой уж и дикостью. Но с другой стороны, общество еще не готово принять использование подобных мер, несмотря на их (в каждом конкретном случае) целесообразность и разумность. В любом случае, нужно сделать вывод, что нельзя смотреть на мир одномерно, стоит расширить взгляды, чтобы решить вопросы, подчас кажущиеся нерешаемыми.

Список литературы:

1. Дневник Ф.М. Достоевского 1873 г. URL: http://dugward.ru/library/dostoevskiy/dostoevskiy_dnevnik1873.html

«ГРАНИЦЫ ЧЕЛОВЕКА»

В ОБЛАСТИ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И БИОЛОГИИ

МАКАРОВ Александр Игоревич
КАЛГИНА Екатерина Владимировна
ГЛОБА Анатолий Денисович
 Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет
 кафедра гуманитарных наук
 E-mail: makarusss@gmail.com

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

При формировании морали в современном обществе нередко теряются, неверно интерпретируются представления о высших нравственных ценностях. Особо остро это касается таких наук как биология и медицина в целом. По данным опросов только 40% россиян считает клонирование непредсказуемым и опасным экспериментом, а 28% согласились бы даже иметь собственного клона. В 2009 г. с помощью генной инженерии от дальтонизма был вылечен взрослый самец обезьяны, а в 2011 г. человеку

было пересажено первое полностью искусственное сердце. Эти методы делают человека все ближе к подобию бессмертия, однако порождают серьезные социально-этические проблемы, которые не всегда своевременно могут быть решены из-за опережающих темпов развития биотехнологий. Именно поэтому данная тема так актуальна и требует дальнейших исследований.

Цель нашего исследования: Определить этические рамки новых технологий.

Задачи: 1. Выделить опасные векторы современной медицины и биологии; 2. Рассмотреть достоинства и недостатки данных направлений для человечества; 3. Сделать выводы на основе литературных данных и собственных наблюдений.

Двадцатый век ознаменовался резким скачком человечества во всех сферах научной деятельности, в том числе в медицине и биологии. Появление геной инженерии, молекулярной медицины, трансплантологии, кибернетики открыло перед человечеством широкие возможности, но вместе с тем породило и новые проблемы. Все это обусловило появление и развитие биомедицинской этики, призванной регулировать бурно развивающиеся исследования и определять границы их применения.

Биомедицинская этика – прикладная этика, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов – медиков и биологов – к человеку, его жизни, здоровью, смерти как в процессе лечения, так и в ходе проводимых с его участием исследований. Именно с точки зрения современной биоэтики следует рассматривать векторы развития биотехнологий [1, с. 6–10].

Мы выделили следующий ряд наиболее спорных и радикальных с этической точки зрения направлений, способных существенно расширить границы человека: трансплантация мозга, создание киборгов, геной инженерия на людях.

Геной инженерия – это совокупность приёмов и методов для осуществления манипуляций с генами: введения их в другие организмы, получения искусственных ДНК или РНК. Данная технология уже давно применяется в сельском хозяйстве при создании генномодифицированных организмов, в микробиологии при создании вакцин, в медицине для создания лекарств (например, инсулина). Но наиболее важным является потенциал при работе с геномом человека. Каждый десятитысячный младенец болеет фенилкетонурией, частота встречаемости муковисцидоза (заболевания, при котором больные умирают преимущественно в молодом возрасте) в Европе 1:2000, практически 100% афроамериканцев страдают непереносимостью лактозы. Хотя официально пока не найдено так называемых «генов преступности», по данным ВВС от 2002 г., генетики смогли найти взаимосвязь между преступным поведением и уровнем фермента моноаминоксидазы в крови, за выработку которого отвечают определенные гены.

С одной стороны, загрязнение внешней среды и резкое ослабление естественного отбора в результате улучшения медицинского обслуживания населения и повышения уровня жизни приводят к росту генетического груза, что ведет к биологической деградации населения в геометрической прогрессии. Вмешательство в геном человека способно было бы убрать гены множества наследственных заболеваний, а заодно повысить устойчивость человека и продлить его жизнь. Хотя и в небольшом масштабе, генная инженерия уже используется для того, чтобы дать шанс забеременеть женщинам с некоторыми разновидностями бесплодия. Дальнейшее развитие науки могло бы дать возможность менять характер человека, делая его неспособным на совершения преступлений.

Тем не менее, существуют серьезные противоречия относительно применения данных биотехнологий к человеку. В конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине запрещается использование вмешательства в геном человека за исключением профилактических, диагностических или терапевтических целей [2, ст. 13–18].

Неизбежное удешевление данной процедуры превратит личный генетический профиль человека из роскоши в товар массового потребления, сформировав рынок на десятки, а может быть и сотни миллиардов долларов. Руководствуясь благими целями, ученые могут взять на себя роль Бога, искажая геном человека в нужную для себя сторону [4, с. 53–60]. Показателен пример романа Олдоса Хаксли «О дивный новый мир», повествующий о человекофабриках, производящих различные сорта людей, отличающихся друг от друга по умственным показателям и социальному положению. В генотип каждого из людей уже с рождения заложено почтение перед высшими кастами и пренебрежение к низшим, любовь к потребительству, даже некое подобие счастья. Данный роман крайне ярко описывает скрытые опасности генной инженерии при создании «идеальной расы». Работа над репродуктивными технологиями, связанными с судьбами будущих поколений, не может осуществляться без этических и юридических регламентаций.

Трансплантация мозга – гипотетическая хирургическая операция, целью которой является перенос головного мозга, с сохранением личности пациента в другом теле. В настоящее время современные технологии не позволяют провести подобное хирургическое вмешательство. За последние годы медицина шагнула далеко вперед и люди все чаще стали задаваться вопросом: «Появится ли когда-нибудь возможность пересаживать человеческий мозг?»

Врач-нейрохирург Халид Аббед (Khalid M. Abbed), профессор Йельского университета, отвечает на этот вопрос так: «До пересадки человеческого головного мозга еще очень далеко, но когда-нибудь это станет возможным. Чтобы обеспечить пересадку головного мозга, необходимо решить главную задачу – найти способ соединения нервных волокон пересаженного мозга с собственным спинным мозгом пациента, а сделать это

очень сложно». Главной практической проблемой, связанной со столь далеким от нас удачным опытом трансплантологии, является тканевая совместимость. Если ткань отличается от ткани организма, то через несколько часов или дней начинается отек, что и становится причиной гибели мозга. Чтобы избежать этого, необходимо углубиться в области изучение процессов тканевой совместимости и подавления отторжения.

Но не стоит забывать, что наш мозг стареет вместе с нашим телом, таким образом о вечной жизни, путем регулярной трансплантации мозга, можно забыть. В конечном счете, каждое наше новое тело все быстрее и быстрее будет умирать от болезней, связанных с нейродегенерацией мозга (болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз) или вовсе опуститься до уровня развития ребенка.

Этическую проблему трансплантации мозга широко раскрыл английский писатель Роберт Хайнлайн в романе «Не убоюсь зла», главный герой которого – миллиардер Иоганн Себастьян Бах Смит. Он не может умереть естественной смертью, поскольку врачи искусственно поддерживают в нем жизнь. Выходом для него служит трансплантация мозга в тело молодой девушки по имени Юнис. Однако ее сознание все еще остается в теле и общается с Иоганном, помогая ему адаптироваться. Вместе они добиваются признания новой личности, получают имущество миллиардера и решают родить ребенка. В конце романа женщина с мозгом старика, будучи беременной, умирает от отторжения, успев дать миру новую жизнь.

Роман Роберта Хайнлайна заставляет нас о многом задуматься и показывает, какие формы может принимать та или иная технология без контроля. Каждый из нас, будь то ребенок или старик, обладает равными правами жить. Только справедливо ли то, что богачи будут жить вечно, а бедняки умирать молодыми и продлевать их существование еще на неопределенное время?

Киборг в медицине – биологический организм, содержащий механические или электронные компоненты, машинно-человеческий гибрид. Авторы этого термина, Манфред Клайнс (Manfred Clynes) и Нэйтан Кляйн (Nathan S. Kline) его как «замена телесных функций человека для соответствия требованиям окружающей среды».

Наибольшего успеха учёные и конструкторы достигли в создании искусственных конечностей. Современные бионические протезы с помощью датчиков снимают сигналы с мышц, имеющихся на остатке/рудименте конечности и интерпретируют их как то или иное движение, которое пытается сделать человек. Однако, самой прорывной технологией сегодня является искусственная конечность, управляемая мысленно. В Агентстве оборонных технологий (DARPA) разработали механическую руку, которая подключается к мышечным нервам, так что человек может двигать ею, просто представив, что он двигает собственной рукой. Конечно, в домашних

условиях такой протез установить не получится, если у вас нет собственной операционной и нейрохирурга.

Сегодня кости – одна из самых простых искусственных замен в организме. Чаще всего искусственные кости изготавливают из титана, однако недавнее появление 3D печати открывает новые возможности различных материалов. Задача искусственного воспроизведения внутренних органов гораздо сложнее по сравнению с теми же конечностями. Дальше всего мы продвинулись в создании искусственного сердца, причём эта технология постоянно улучшается. Судя по всему, скоро станет возможным создание полноценных искусственных почки и глаза.

Сложнейшей задачей на сегодняшний день является проектирование искусственного мозга. Её можно условно разделить на две части: воспроизведение структуры мозга и разработку искусственного интеллекта. Инженеры неустанно пытаются с помощью суперкомпьютеров повторить нейронную сеть нашего «мыслительного» органа. Например, проект **IBM HYPERLINK** (<http://www.modha.org/blog/SC12/RJ10502.pdf>"SyNAPSE), моделирующий 530 млрд нейронов (человеческий мозг в среднем содержит 86 млрд). Однако скорость работы подобных компьютерных кластеров несопоставимо медленнее. SyNAPSE отстаёт в 1500 раз от настоящего мозга. Программному симулятору HYPERLINK, запущенному на суперкомпьютере в Университете Ватерлоо, понадобилось 2,5 часа для симуляции 1 секунды активности человеческого мозга [5].

В наше время, несмотря на большой шаг учёных в конструировании и механизации необходимых органов, в обществе присутствуют социальные и этические противоречия. Люди ассоциируют киборгов с бездушными машинами, это может толкнуть их на мысль, что ученые всерьез могут заняться клонированием, предопределяя будущее человечества. Немалую роль в противоречии играет религия, ведь совершенствуя тело (биологические и механические изменения) можно вызвать негодование у верующих людей, они могут расценивать это как присвоение человеком божественной роли Создателя.

Несмотря на удобство и технологичность, высокотехнологичные искусственные компоненты являются недостижимой роскошью для многих людей. Московский Протезно-Реабилитационный центр называет цифру от 1000000 до 3000000 рублей за бионические протезы. Появление новых, более технологичных и дорогих имплантантов может привести к тому, что будущие механические органы будут доступны лишь узкому кругу обеспеченных людей, способных поддерживать свое существование. То есть фактически принцип – «здоровье не купишь» станет не актуален, уступая место новому, в котором деньги – залог долгой жизни.

Проанализировав наиболее спорные векторы применения биотехнологий, мы провели опрос студентов Северного государственного медицинского университета. Нами была составлена анкета с вопросами для

педиатрического и лечебного факультетов. Ответами являлись высказывания "да/нет":

Лечебный факультет:

1). Разумна ли трансплантация искусственных органов для продления жизни человека?

2). Допустима ли пересадка мозга пожилого человека в молодой организм, если у последнего констатирована смерть мозга?

Педиатрический факультет:

1). Вы положительно относитесь к применению современной медицины с целью предопределения человеческих качеств еще в перинатальном периоде развития?

2). Согласны были бы вы, чтобы достижения генной инженерии, согласно социальным установкам, применили к вашему ребенку?

Было опрошено 79 студентов со 2 курса лечебного факультета и 59 студентов со 2 курса педиатрического факультета и получены следующие результаты:

Лечебный факультет: 1) да – 97,5%; нет – 2,5%. 2) да – 63,3%; нет – 36,7%.

Педиатрический факультет: 1) да – 38,6%; нет – 61,4%. 2) да – 5,2%; нет – 94,8%.

В ходе работы были изучены современные методы, применяемые в медицине и биологии – генная инженерия человека, трансплантация искусственных органов и пересадка мозга. Наибольшее отторжение у большей части общества вызывает трансплантация мозга от человека к человеку. Проведенный нами опрос дает похожие результаты: лишь 2,5% студентов-медиков считают допустимой внедрение данной операции при возможности её выполнения в будущем. Меньшее беспокойство вызывают социально-этические проблемы, связанные с изменением генетического кода человека. Имея значительное количество достоинств, эти методы все же не лишены недостатков. Анкетирование показало, что лишь треть опрошенных готовы к внедрению таких технологий, однако подавляющее большинство (94,8%) не согласны с тем, чтобы вмешательство коснулось непосредственно их семей.

Применение искусственных органов – наименее острый этический вопрос из всех рассмотренных нами. Данная отрасль становится все более привычной ввиду очевидной пользы, приносимой ей. 97,5% опрошенных считают полезным замену «изношенных» органов искусственными. Таким образом, можно сказать о необходимости прогнозирования и анализа любой новой технологии, чтобы не допустить вреда обществу, который может нанести человек, бездумно используя её, порой даже ради благих целей.

Список литературы:

1. Биомедицинская этика : слов.-справ. / под ред. Т.В. Мишаткиной. Минск : БГЭУ, 2007. 90 с.

2. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Овьедо, 4 апр. 1997. URL: <http://conventions.coe.int/treaty/rus/Treaties/Html/164.htm>. 13–18 ст.

3. Кучерова И.А. Современные биотехнологии: социально-этические аспекты: автореф. дис. ... канд. филос. наук. М., 2006. 26 с. 1-3 с.

4. Силуянова И.В. Современная медицина и православие. М. Изд-во Моск. подворья Свято-Троицкой Сергиевой лавры. 1998. 204 с.

5. IBM Research Report / Theodore M. Wong, Robert Preissl, Pallab Datta etc. San Jose, USA, 2012. URL: [http://domino.research.ibm.com/library/cyberdig.nsf/papers/19B9020D53E753DB85257AB7005FFA18/\\$File/RJ10502.pdf](http://domino.research.ibm.com/library/cyberdig.nsf/papers/19B9020D53E753DB85257AB7005FFA18/$File/RJ10502.pdf).

АКТУАЛЬНОСТЬ ФИЛОСОФСКИХ ВОЗЗРЕНИЙ Н.А. БЕРДЯЕВА НА ОБСКУРАНТИЗМ

**МАКУЛИН Артем Владимирович,
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
Канд. филос. наук, заведующий КГН СГМУ**

Борьба против бесчеловечного обскурантизма в христианстве,
как и против безбожного обскурантизма в отрицательном «просветительстве»,
есть великая задача нашего времени.
Н.А. Бердяев

Занятая еще Платоном позиция в отношении необходимости благородной лжи живет, развивается и приобретает сегодня медийный статус. В веке XXI обскурантизм расцветает широкоформатной жизнью во всех возможных видах СМИ, проникает в образование и настойчиво требует себе почетного места в школьных учебниках, бурно имитирует научную деятельность и, уже в полный и окрепший голос критикует классические научные парадигмы. Сегодня не является необычным появление в рамках телевизионных передач «складно» говорящих якобы от имени науки «академиков собственных академий» и докторов несуществующих наук, не имеющих профильного образования, но утверждающих с серьезным видом, что все выводы современного естествознания ложны, т.к. они противоречат сбивчивым и туманным рассказам из нескольких книг, написанных на заре человеческой истории. Появляются «учебники», в которых встречаются не отдельные вольные допущения, а присутствуют целые реестры античных и средневековых фантазий и ошибок физического, биологического, астрономического, исторического характера. Создается впечатление, что обскурантизм становится не только закономерным немного запоздавшим следствием «утечки мозгов», но и сознательным торжеством «умных» любителей социальной темноты не для себя - для других, всегда извлекающих выгоду, неминуемо и тривиально возникающую из инертности

и инфантильности большинства; в свою очередь стремление к истине почитается ненужным и даже социально опасным пережитком прошлого.

Может показаться совпадением, но некий очередной пик обскурантизма был зарегистрирован русским философом Н.А. Бердяевым в первой четверти XX века, т.е. почти век назад. Обратимся к исследованию Бердяева «Обскурантизм», опубликованном в журнале «Путь» № 13 в октябре 1928 г.

Начинает свою работу Бердяев тезисом о том, что «мы вступаем в эпоху обскурантизма. И возможно, что это явление не только русское, но и мировое» [1, с. 19]. Рассматривая вопрос о содержании термина «обскурантизм», Бердяев полагал, что первоначально это понятие возникло в рамках просветительской традиции как оппозиция просветительскому рационализму, но и в самом «просветительстве», по его мнению, тоже всегда были сильны «элементы обскурантизма». Нельзя не отметить, что сам термин закрепился в философском обиходе после едкой сатиры «Письма темных людей» (*Epistolae obscurorum virorum*), написанной в XVI веке защитниками идеалов гуманизма и направленной против схоластики.

Бердяев отделяет реальный обскурантизм от фактического невежества, которое не всегда может истребить уважение к знаниям. Мыслитель полагает, что обскурантизм «есть уже рефлексия над знанием и просвещением. Обскурантизм есть принцип, принципиальное отношение к знанию и просвещению, а не фактическое состояние. Если обскурантская масса всегда невежественна и темна, то обскурантские идеологи и вожаки могут быть умными, учеными и просвещенными людьми. Обскуранты движутся инстинктами и эмоциями, но обскурантская идеология может быть продуктом напряженной деятельности ума и знания. Идеологи обскурантизма для себя могут и не быть обскурантами, но они обскуранты для других. Тут мы подходим к основной черте обскурантизма. Обскурантизм есть явление социальное, а не индивидуальное, и при этом социально-агрессивное, наступательное» [1, с. 20].

Бердяев вводит множество метафор, направленных на глубинное понимание явления обскурантизма, таких как: социальная светобоязнь; социальная любовь к тьме, как к добру; опасение света, как зла. Основной принцип обскурантизма, согласно мыслителю, это глубокая уверенность в том, что «свет, свободная мысль, философия, умственное творчество ведут к социальному злу и социальной гибели, к разрушению церкви, государства, семьи, собственности, к ереси, к революции... Обскурантизм хочет держать массу во тьме во имя ее спасения, для предотвращения гибели. Активность умных обскурантов всегда предполагает пассивность глупых обскурантов. И это одинаково верно и относительно «правого» обскурантизма и относительно «левого» обскурантизма. «Правые» лидеры обскурантизма, – Магницкие и Победоносцевы также нуждаются в массовой тьме и умственной пассивности, как и «левые» лидеры обскурантизма – Ленины и Сталины» [1, с. 21].

Бердяев считал, что обскурантизм может опираться на совершенно разные идеологические установки и ставил знак равенства между Победоносцевым и Лениным, предполагая, что оба они, по мере своих сил, на абсолютно разных идеологических платформах «одинаково боялись света ума, знания, умственной активности и творчества, как грозящих социальной гибелью для масс, как мешающих их социальному спасению, хотя самую гибель и спасение они видели в противоположных началах» [1, с. 21].

Истинный обскурантизм, по мнению Бердяева, «есть душевная структура, порожденная ложно направленной потребностью спасения и страхом гибели. При этом безразлично, что хотят спасти и гибели чего страшатся... Страх революции и страх контрреволюции одинаково делает людей обскурантами. Исключительная поглощенность спасением монархии и частной собственности или завоеваний революции и коммунистического строя одинаково делает обскурантами, потемняет сознание и лишает способности мыслить по существу. Страх не благоприятствует раскрытию истины. Обскурант всегда находится в состоянии мнительности и подозрительности, поглощенности грядущей опасностью...» [1, с. 22].

Философ сравнивает обскуранта с человеком, которому кажется, что он живет во время эпидемии чумы. Такой человек подчиняет всю свою жизнь задачам борьбы с этой болезнью. В свою очередь социальный обскурантизм заставляет общество жить в «военном лагере, расположенном против неприятеля». Бердяев не видит особенной разницы между коммунистами-революционерами и православно-монархическими контрреволюционерами, полагая, что, например, «коммунисты – типичные обскуранты, потому что они одержимы страхом гибели коммунистической революции от сил контрреволюции, и жаждут спасения ее в мировом масштабе» [1, с. 30], в свою очередь «обскурантизм православный особенно ненавидит религиозную философию и, по-видимому, даже предпочитает позитивизм. Религиозная философия свободна, она представляется сплошной проблематикой и, следовательно, сплошной ересью... Наши иерархи обскурантского направления всегда гнали и утесняли русскую религиозную мысль» [1, с. 30–31].

В качестве образчика консервативного обскурантизма Бердяев приводил ректора Московской Духовной Академии архимандрита Фотия, который участвовал в дискуссии 1910 г. в Москве, где обсуждался вопрос о расширении преподавания в духовных академиях, о введении в план преподавания дополнительного количества исторических и философских предметов. Ответ ректора на расширение цикла общеобразовательных предметов, по мнению Бердяева, был чисто обскурантистским. Он сказал: «что наука и философия, зачем они, когда речь идет о вечном спасении, или вечной гибели человеческой души» [1, с. 24]. В связи этим Бердяев награждает этого чиновника следующими эпитетом: «Он, конечно, был типичным принципиальным обскурантом из страха вечной гибели и жажды вечного спасения» [1, с. 24].

Обскурантизм, по мнению Бердяева, был сутью «спасательных» настроений, как в дореволюционную, так и послереволюционную эпохи. Мыслитель отмечал, что дореволюционный строй в России часто представляется «потерянным раем, в то время, как зло и неправда этого строя и породили революцию» [1, с. 25].

Еще одна важнейшая черта обскурантизма – это догматизм и ортодоксальность. Причем обскурант, часто не знает никаких догматов, просто видит в самом факте мышления ересь. Согласно Бердяеву, правые обскуранты «ничего не понимают в христианской догматике, как коммунистические обскуранты ничего не понимают в марксизме» [1, с. 26].

Приведем, как нам кажется, актуальные базовые тезисы Н. Бердяева о сущности обскурантизма, его значении для современной России, путях его преодоления:

- Обскурантизм есть напряжение воли, и чем она менее просветлена мыслью, тем лучше. Тьма и невежество укрепляют волю и усиливают аффекты. Обскуранты не понимают великого смирения знания, смирения перед истиной, перед которой умолкает воля и аффект.
- Обскуранты не способны мыслить «индивидуально», они мыслят «коллективно» и всегда говорят не от себя, а от коллектива.
- Обскуранты же умные, тонкие, знающие, мыслящие никогда не являются обскурантами сами по себе и для себя, они обскуранты лишь для других, лишь в своем обращении к обществу.
- Для обскурантизма характерно отрицание проблематики. Ничто не является проблемой для обскуранта, у него на все есть готовый ответ.
- Сама возможность постановки проблемы, разрешение которой требует творческих усилий мысли, представляется обскуранту ересью.
- Обскурант-христианин также считает все вопросы в христианстве разрешенными, не предвидит возникновения новых вопросов, как обскурант-коммунист считает все вопросы разрешенными в марксизме и не допускает постановки новых вопросов.
- Проблематика, творческие усилия мысли, направленные к ее разрешению, и есть то, что более всего пугает обскуранта.
- Философская мысль аристократична, она доступна лишь немногим. И потому она вызывает злобные чувства обскурантов, которые представляют социальный коллектив и допускают лишь то, что для социального коллектива полезно и спасительно.
- Нельзя отрицать, что обскурантские настроения играли немалую роль внутри христианства. Опасность обскурантизма вечно подстерегает христианский мир. И она в сильной степени существует в наши дни.
- Обскурантов прежде всего нужно привести к состоянию смирения, вывести из состояния самодовольства, пробудить в нем жажду бесконечного совершенства.

Список литературы:

1. Бердяев Н.А. Обскурантизм // Путь. 1928. № 13. С. 19–26.

**ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ МЕЖДУ МЫСЛЕННЫМ
ЭКСПЕРИМЕНТОМ ДЖОНА СЁРЛЯ «КИТАЙСКАЯ КОМНАТА»
И АНАЛОГИЕЙ БЕРТРАНА РАССЕЛА «ЧАЙНИК РАССЕЛА».
БИОЭТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ
«ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»**

САВЕЛЬЕВА Лейла Эхтибаровна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс Лечебный ф-т
E-mail: leila.savelieva@yandex.ru
Науч. рук.: кан. филос. наук, зав.каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

Несокрушимая вера человека в совершенный разум, который нельзя доказать научно, объединяет разные теории двух известных философов. Заключение по данной теме позволяет предложить модель взаимоотношений врача и пациента.

Актуальность темы: Нахождение взаимосвязи между мысленным экспериментом Джона Сёрля и эмпирической аналогией Бертрانا Рассела. Ответ на вопрос, можно ли считать совершеннее человеческого разума то, что создано им же самим. Создание модели, помогающей на основании данной статьи разрешать сложные биоэтические ситуации во врачебной практике.

В 1952 г. английский математик и философ Бертран Рассел отправил в редакцию журнала *Illustrated* свою статью под названием «Есть ли Бог?». В ней приводился в пример летающий по орбите фарфоровый чайник, размеры которого настолько малы, что его нельзя обнаружить «даже при помощи самых мощных телескопов». И если учесть бесконечность вселенной, то пока ученые будут искать чайник на определенной протяженности, он может оказаться совершенно в другом месте и другой плоскости. Следовательно, опровержение существования чайника будет невозможным, к тому же «сложно искать черную кошку в темной комнате, особенно если ее там нет» (Кун Фу-Цзы).

Что же касается эксперимента Джона Сёрля, то он был представлен в 1980 г. в статье «Разум, мозг и программы», причем статья уже содержала ответы на выдвинутую критику в сторону «Китайской комнаты», так как споры о точности постановки эксперимента начались еще до ее публикации. Своей работой Сёрль опровергал тест Тьюринга о возможности создания искусственного интеллекта, равного человеческому мышлению, а также способного отвечать на любые заданные вопросы. Предполагалось, что человек будет общаться с машиной, которая должна ввести его в заблуждение, словно является не «механизированной», созданной сущностью, а реально существующей, равной человеку и его сознанию.

Для напоминания, что же представляет собой эксперимент Дж. Сёрля, предлагаю ознакомиться с выдержкой из статьи Станислава Лема «Тайна китайской комнаты», как наиболее лаконичное и при этом всеобъемлющее описание.

«Дело выглядит таким образом. Сёрл, зная английский, но никак не китайский, заперт в комнате и получает поочередно ТРИ пакета карточек, исписанных знаками китайского письма. Эти знаки в его глазах ничем не отличаются от нагромождения бессмысленных каракулей. В первом пакете он получает написанные по-английски инструкции, каким образом он должен другие знаки из второго пакета привести в соответствие со знаками первого. Наконец, он получает третий пакет страниц, также с китайскими символами и с инструкцией по-английски, которая дает ему возможность сделать определенное упорядочивание знаков третьего пакета в соответствии со знаками двух первых. Сёрлу необязательно знать, что тот, кто ему всё это дал, называет первый пакет «письмом» («*Script*», «*Schrift*»), второй – «рассказом», а третий – «вопросами», касающимися этого рассказа. Поступая чисто формально, то есть раскладывая одни знаки в соответствии со вторыми и третьими, Сёрл получает уже саму запись, которую ТАКЖЕ абсолютно не понимает. При этом, по мнению лиц, знающих китайский язык и письмо, в комнату попал рассказ, а из комнаты вышли разумные и складные ответы на вопросы, касающиеся содержания этого же рассказа, ХОТЯ манипулирующий знаками-карточками человек НИЧЕГО в китайском письме не понимает и не знает».

Из этого следует вывод, что человек внутри комнаты является компьютером, знающим все, а инструкции и страницы – посредники между вопрошающим и отвечающим, то есть программное обеспечение для компьютера.

Что же выходит общего между этими двумя совершенно не связанными теориями? Между моделью Рассела и связанного с работой искусственного интеллекта экспериментом Сёрля?

Чтобы ответить на данный вопрос, следует вспомнить мысли выдающегося немецкого философа-материалиста Людвиг Фейербаха. Он считал, что во всех метафизических иллюзиях человека отражаются его надежды и идеалы, в основе которых лежит вера в совершенных существ, ибо люди хотят быть совершенными. Научно же доказать бытие подобного «Вселенского разума» нельзя, ибо это возможно только в фантазиях, но все-таки становится предметом поклонения. Люди превозносят то, что сотворили и придумали себе сами, одухотворяя свою же работу. Хотя высшая реальность по Фейербаху – это природа, а высший продукт природы – это ее сын, человек.

В данной ситуации человек действует по аналогии с созданием искусственного интеллекта, наделяя последнего своими качествами, веря в его совершенность и всеобъемлющий разум. Это в какой-то мере сходно с критерием Поппера, который является критерием демаркации науки:

«Научная теория не может быть принципиально непроверяемой». То есть она обязана быть фальсифицируемой. По мнению Тьюринга, компьютер может говорить и отвечать на любые вопросы, следовательно, нельзя подобный разум опровергнуть в какой-либо области, равно как и веру в некую сверхъестественную сущность, что напоминает летающий чайник по орбите, который также опровергнуть нельзя, и он, априори, будет иметь возможность на существование.

Машинные ответы приобретают «обтекаемую форму», искусственный интеллект оперирует лишь символами, но не обладает пониманием, то есть владеет синтаксисом, а не семантикой. Разум в комнате становится тем «нечто», что может ответить как на все вопросы, так и ни на какой конкретно, то есть не может «овнутрить» все явления в мире. Это похоже на слепую веру во «Вселенский разум», к которому можно обратиться за вопросом, но, получая ответы через «посредника», в лучшем случае они будут общего характера и не станут нести никакой смысловой нагрузки. В дальнейшем собеседник не будет понимать, о чем идет речь, а слова покажутся чепухой.

К тому же, если и возможно создание робота, который будет имитировать наше поведение, то из этого еще не следует, что данный робот будет обладать ощущениями, субъективными переживаниями. То есть он не станет тождественным человеку и уж тем более чем-то, что будет выше его. Подобное «творение» – это продукт нашей работы, нашего разума. Как следует в заключении Сёрля: «Тот способ, посредством которого человеческий мозг на самом деле порождает ментальные явления, не может сводиться лишь к выполнению компьютерной программы»... «Мозг порождает разум и, как следствие, обладает причинно-следственными свойствами». Ни искусственный интеллект, ни сверхъестественное нечто их не имеет, в отличие от человеческого интеллекта. Или, следуя работам Фейербаха, не что-то сотворило явления в этом мире и за них ответственно, а сам человек был создателем. Именно в сущности человека не нужно ничего выдумывать, в его действительности нет ничего потустороннего, которую следовало бы подтверждать тестами и верой. Это и отличает нас с вами от того, что летает вокруг Земли или состоит из «макарон с котлетами».

Также одним из факторов, влияющих на веру человека, является его стремление к межличностному общению. Увы, никто никогда не бывает постоянно во взаимосвязи с другими людьми. Данное обстоятельство исторически вынуждало придумывать что-то более разумное и древнее, что не оставит одиноким, будет всегда рядом.

Как это происходит с искусственным интеллектом: тест Тьюринга показывает, что человек, даже зная, что он говорит с машиной (будучи предупрежденным заранее), до конца способен думать обратное, что кто-то выйдет из комнаты, прилетит и т.п. До того, как поднимут занавес и скажут «там ничего нет, только то, что создано людьми и для людей, но не является

нашей аналогией». Это объясняется социальными потребностями человека, так что сей факт не вызывает удивления.

«Стремление к счастью рассматривается им как движущая сила человеческой воли, оно порождает с необходимостью сознание нравственного долга, так как Я не может существовать без Ты». Таким образом, человек нуждается в единении с другими. Это обуславливает его вечный поиск, создание разумных, якобы себе подобных существ, явления которых нельзя опровергнуть.

Прекрасно иллюстрирует такую потребность окно Джохари (Johari Window) – модель самосознания, обратной связи. Ее исполнение обуславливается лишь во время процессов, которые происходят между индивидом и группой. При использовании данной модели человеку становится понятным не только, как выстраивать контакты с другими, но и как правильно воспринимать свое место в мире. Людям нравится, когда о них говорят, им приятно осознавать, что нечто о них позаботится и не забудет. Поэтому им и необходимо «существо в комнате», которое объяснит им самих себя, поможет перейти из «слепой области», неизвестной, в область «открытую». Также и с явлениями, которые происходят в целом мире: человек стремится познать сущность мироздания благодаря созданию «того, кому все известно». Некая сущность по идее знает все.

Однако даже «одушевив» что-либо – это не станет тем, что может быть выше человека и будет знать больше него. Область становится открытой лишь благодаря общению с остальными людьми, а не через посредничество сверхъестественных сил. Что же касается науки, тут та же самая ситуация: лишь благодаря экспериментам, внимательному изучению и наблюдению происходят открытия, но никак не благодаря слепой вере. Комната должна быть открытой, «чайник» на орбите должен быть найден или исключен вовсе.

На основании данной статьи предлагаются следующие выводы:

1) «Китайская комната» Дж. Сёрля невольно становится доказательством демаркации существования высших существ.

2) Тест Тьюринга с его неопровержимой верой в создании такого разума, от которого ничто не сокрыто, может быть использован в данной аналогии, как то самое «нечто» за стенами.

3) В свою очередь «Чайник Рассела» Б. Рассела эту ненаучность подтверждает, так как может быть тем самым, что внутри комнаты.

4) Хотя человек и старается осознать себя с помощью «всеобъемлющего разума», именно общение с другими людьми способно помочь в этом, сделать «слепую» область «открытой».

5) Люди сами создают себе идол, ничто не выше человека, он сам является реальностью и «высшим продуктом природы» – по Фейербаху.

Оперируя выше сказанными заключениями, можно создать биоэтическую модель взаимоотношений «врач – пациент», в основе которой

будет лежать вера или не вера в «высший разум» участника данных отношений.

За основу берется всем известное пари Паскаля. Существуют четыре вариации: если человек верит и не верит, при этом должно выполняться условие существования или несуществования бога. Исходя из данного пари, видно, что самый лучший вариант – это верить, так как человек ничего не теряет в случае проигрыша и выигрывает все в случае выигрыша. Однако такое правило не может быть осуществимо в отношении всех религий мира: попадая в Рай одной, человек априори обречен гореть в Аду всех оставшихся.

Так и в модели «врач – пациент» есть четыре варианта событий.

- 1). Если врач и пациент верят в «высший разум»,
- 2). Если врач один верит в него,
- 3). Если один пациент верит,
- 4). И если никто из сторон не верит.

При первом условии будет доступно взаимопонимание с обеих сторон, чего нельзя говорить об эффективности. Если конфессия врача не позволяет применять какой-либо метод лечения в отношении пациента, то последний не получит надлежащей помощи.

Во втором варианте ни о каком успехе отношений не может быть и речи. Взаимопонимания не будет, так как верит только один врач, а это существенно влияет на эффективность помощи.

Если же верит один пациент, тут врач сможет обеспечить его надлежащим лечением, однако комфортность отношений ставится под сомнение.

Последний вариант, на мой взгляд, является самым благоприятным. Если нет ограничений в виде запрета применения какого-либо метода лечения, то пациент будет получать все то, что нужно для поправки его здоровья. Общение же будет благоприятным и продуктивным для обеих сторон.

Все эти четыре вариации можно представить в виде следующей схемы.

Модель №1

ПАЦИЕНТ ВРАЧ	ВЕРИТ	НЕ ВЕРИТ
ВЕРИТ	ВЗАИМОПОНИМАНИЕ + ЭФФЕКТИВНОСТЬ –	ВЗАИМОПОНИМАНИЕ – ЭФФЕКТИВНОСТЬ –
НЕ ВЕРИТ	ВЗАИМОПОНИМАНИЕ – ЭФФЕКТИВНОСТЬ +	ВЗАИМОПОНИМАНИЕ + ЭФФЕКТИВНОСТЬ +

Однако первый вариант, когда и врач, и пациент являются верующими, может привести к результатам еще более негативным, как, например, во втором варианте. Это происходит в том случае, если участники общения относятся к различным конфессиям. Тогда взаимопонимания нельзя ожидать от обеих сторон, равно как и эффективности лечения.

Для постановки данной модели требуется ввести новые условия. Назовем их разум А и разум Б. Предположим, что лечащий врач будет верить в разум А, а его пациент – в разум Б. Исходом таких взаимоотношений будет то, что любая вера врача в независимости от веры или не веры пациента будет приводить к отрицательным результатам.

Модель №2

ПАЦИЕНТ ВРАЧ	ВЕРИТ В РАЗУМ Б	НЕ ВЕРИТ
ВЕРИТ В РАЗУМ А	ВЗАИМОПОНИМАНИЕ - ЭФФЕКТИВНОСТЬ -	ВЗАИМОПОНИМАНИЕ - ЭФФЕКТИВНОСТЬ -
НЕ ВЕРИТ	ВЗАИМОПОНИМАНИЕ - ЭФФЕКТИВНОСТЬ +	ВЗАИМОПОНИМАНИЕ + ЭФФЕКТИВНОСТЬ +

Подытожив все выше сказанное и приняв во внимание таблицу по биоэтической модели взаимоотношений «врач – пациент», можно заключить, что допущения в «высшее создание» не должны быть приоритетными, когда дело касается хорошего самочувствия пациента. В свою очередь, сам пациент должен не принимать в расчет того, что запрещает его конфессия, если речь идет о его собственном здоровье. И так как человек – это высшая реальность и высшая ценность, ничто, особенно то, что создано им же самим, не может препятствовать его благополучию. И ни в коем случае не следует запускать свое здоровье с принципом «если предписано судьбой, то так тому и быть», потому что никто не ответственен за нас, кроме нас же самих. А ответы по поводу своего здоровья следует искать у лечащего врача или в научно обоснованных источниках.

Список литературы:

1. Лем С. Молох : [сб. пер. с пол.]. М.: АСТ Транзиткнига, 2005. 782 с.
2. Сёрль Дж. Сознание, мозг и наука = Searle J. Minds, Brains and Science. The 1984. Reith lectures. London, 1984.
3. Солнцев И.В. Выдержал ли аргумент китайской комнаты Сёрля проверку временем? : «круглый стол» в МГУ // Эпистемология и философия науки. 2010. Т. 25, № 3. С. 217–221.
4. Яковлев А.А. Предисловие к публикации «Диспута о существовании бога» // Вопросы философии. 1986. № 6. С. 14–18. Пер. вып. А.А. Яковлевым по изд.: Russell B. Why I Am Not a Christian and Other Essays. Toronto: Nelson, 1967.
5. From Bertrand Russell. Is There a God? (1952), in The Collected Papers of Bertrand Russell, Vol. 11 : Last Philosophical Testament, 1943–68 / ed. John G. Slater and Peter Kullner (London: Routledge, 1997). P. 543–548.

ПРОБЛЕМЫ РАЦИОМОРФНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

СОБУЛЯК Юлия Николаевна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс, лечебный ф-т
E-mail: Yulia-Sobulyak@yandex.ru
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав.каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

Человеческие действия в обществе обусловлены понятиями морали и ограничены социальными нормами, установленными в том или ином обществе. Очень часто индивид действует по принципу – так должно быть, так правильно или так положено. Здесь хочется задаться вопросом – как часто, принимая решения, человек руководствуется собственным мнением или здравым смыслом? Также мы не можем не упомянуть о свободе выбора, которая свойственна принятию решений. К сожалению, современное общество дает ряд ограничений современному человеку, то есть существуют определенные порядки и правила, которые необходимо соблюдать. Неприятие общественных стандартов вызывает диссонанс и разрушение социальной морали общества. Таким образом, большинство людей в определенных ситуациях действует по стандартному алгоритму, причем, даже не задумываясь, почему именно так, а не по-другому. Это своего рода стереотипное поведение, позволяющее совершать действие на бессознательном уровне. Такое поведение получило название **рациоморфный процесс**.

Само по себе понятие **рациоморфных процессов** было введено в оборот Эгоном Брунсувиком. Рациоморфным процессом Брунсувик обозначил те формы социальной активности людей, которые по своей сути стандартны, стереотипны, шаблонны, «автоматичны», а также соответствуют инстинктивному уровню. И в свою очередь, **рациоморфные процессы** должны быть рассмотрены как совокупность инстинктов в системе, но важно отметить, что **рациоморфные процессы** не являются социальными ритуалами в обычном смысле. Важной особенностью данного явления является то, что **рациоморфные процессы** со стороны представляют собой действие на осознанном основании (то есть индивид несет ответственность за свои действия), но на самом деле алгоритм действия и его выполнение в реальности носят автоматичный и стандартный характер. Это происходит настолько глубоко и взаимосвязано, что **рациоморфное поведение** соответствует инстинктам.

Очень часто в повседневной жизни, принимая те или иные решения, человек действует на бессознательном уровне – инстинктивно или «по шаблону» – но здесь нельзя забывать о сложности и многогранности

человеческих решений и действий, особенно в профессиональной сфере, когда применение и использование интеллекта – профессия.

Давайте перейдем к рассмотрению примеров рациоморфного поведения для того, чтобы глубже понять и оценить важность данного явления.

Начнем с так называемого «феномена капитанства», о котором говорит Роберт Чалдини – когда служащие ниже по званию, не указывают на ошибки капитана. Связано это с тем, что подсознательно есть установка – капитан всегда прав.

Этот феномен применим и в любой другой отрасли. К сожалению, не каждый человек готов выразить свое несогласие с начальством и, конечно же, указать на ошибку. С позиции рациоморфного поведения – это происходит неосознанно, на бессознательном уровне. Здесь срабатывает принцип – «начальник всегда прав», или же «делаю то, что мне сказали». К сожалению, подобные ситуации вполне возможны и в медицинской практике. Персонал очень часто доверяет «специалисту» и выполняет его приказы неукоснительно.

Ниже приведены статистические данные, которые подтвердят данный феномен. (На основании Пояснительной записки к проекту федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами») [7].

Например, на 2010 г. число смертей пациентов, связанных с дефектом оказания медицинской помощи, составляло 150 тыс. случаев за год (500 тыс. случаев вместе с пожилым населением). По причине ошибочности медицинских действий, согласно экспертным оценкам, смерть пациентов наступает в 45–50 тыс. случаев ежегодно.

Эти данные говорят о невнимательности, а возможно, и о недобросовестном отношении медицинских работников по отношению к пациентам. Достаточно высокий уровень смертности по причине ошибочных действий медицинского персонала заставляет задуматься об уровне подготовки, а также степени квалификации сотрудников. Естественно, каждый может совершать ошибки и никто не застрахован от них, но медицинским работникам всегда следует помнить, что на весах стоит человеческая жизнь. И в данном случае, использование интеллекта, а также применение знаний позволяет повысить положительный результат работы.

Говоря о рациоморфном поведении, нельзя не упомянуть о «синдроме молодого Вертера», исследованного Дэвидом Филипсом. Он заключается в том, что сразу после публикаций, рассказывающих о самоубийствах, число людей, погибших по тем или иным обстоятельствам увеличивается на 1000%.

Филипс, изучив статистику по данному вопросу, выявил закономерность: самоубийства, подверженные публичной огласке порождают новую волну самоубийств, причем в увеличенном количестве, на 500–800 случаев больше, предыдущей волны. А, в свою очередь, эта новая серия самоубийств, влечет за собой «дополнительную» волну самоубийств, схожих по «выполнению».

О чем это говорит? Можно предположить, что здесь присуща определенная доля внушаемости, а также определенный уровень подражаемости. Хотелось бы сказать, что многие из самоубийц «реагируют с запозданием», иницируя или провоцируя «несчастный случай».

Филиппс также говорил о фатальном подражании, из-за которого рассказы о самоубийствах приводят к необратимым последствиям и особенно этот показатель высок, где такая информация поддается сильной огласке.

Какие еще примеры можно привести? Мы часто слышим о том, модно или не модно сейчас курить, модно ли вести здоровый образ жизни, следить за здоровым питанием. Довольно забавно наблюдать за теми людьми, которые всю жизнь имели вредные привычки и не особенно заботились о своем здоровье, вдруг резко начинают вести ЗОЖ – потому что это модно.

Рациоморфное поведение – явление специфичное, и, чаще всего, это поведение нельзя отличить от осознанного поведения (Lorenz, 1952) [9].

Действия, трактуемые как рациоморфное поведение, внешне выглядят логически обоснованными и основанными на собственном рассуждении. Но такое мнение ошибочно. Сами люди, совершающие эти действия, не могут объяснить сущность своих действий и после совершения их признают «автоматичность» содеянного. Однако, они не могут объяснить себе и другим происхождение и причины этой «автоматичности» поведения.

Как показывают исследования Дитриха Дёрнера в работе «Логика неудачи», люди не осознают «инстинктивности» своих действий, реализуемых с помощью рациоморфного поведения, и считают что решение совершенно сознательно, а действие – осмысленно.

Соответственно, они и не думают, что их действия могут привести к каким-либо пагубным последствиям. Соответственно, эти люди оказываются полностью обескураженными, когда их действия приводят к тяжким последствиям, но и тогда они не видят ошибки в собственных действиях.

Согласно Лоренцу, рациоморфному поведению не присуща интеллектуальность.

Таким образом, мы можем подвести итог всему вышесказанному и отметить, что рациоморфное поведение – поведение, которое «заложено» на подсознательном уровне, поведение, которое не имеет в своей основе интеллектуальности и, согласно приведенным данным, может привести к необратимым последствиям.

Мы попытались разобраться, что же такое рациоморфное поведение, рассмотрели его на примерах.

Нельзя забывать о том, что человек – существо социальное. Он живет в обществе и отчасти подчиняется определенным правилам и нормам. Принцип подражания был всегда присущ человеческому обществу.

Например, в бихевиоризме подражание объясняется с позиций теории научения и рассматривается как результат подкрепления соответствующего поведения посредством прямых и косвенных видов поощрения и наказания.

Согласно ассоцианизму, подражание приводит к собственной реакции индивида на определенное действие. Все это говорит о том, что человеку необходимо синтезировать полученную информацию, чтобы не навредить ни окружающим, ни себе в первую очередь. Здесь мы возвращаемся к медицинскому аспекту данного феномена и в заключение хотелось бы сказать, что, независимо от того, в какой роли вы находитесь – врач или пациент, необходимо всегда анализировать, прогнозировать и синтезировать информацию. Прежде, чем принимать решения, необходимо четко представлять и оценивать последствия своей деятельности. Особенно, хотелось бы сказать про медицинскую деятельность, где ошибки и оплошности имеют очень высокую цену, а именно цена здесь – человеческая жизнь.

Список литературы:

1. Зигфрид В. Танец – искусство движения: красота как свойство поведения // Красота и мозг : биол. аспекты эстетики / под ред. И. Ренчлера и др.; пер. с англ. М.А. Снеткова и др. М. : Мир, 1995. С. 125–155.
2. Круглый стол Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по охране здоровья, экологии, развитию физической культуры и спорта «Роль патологоанатомической службы в повышении качества медицинской помощи в Российской Федерации» от 17 марта 2011 года. URL: <http://www.oprf.ru/ru/press/news/2011/newsitem/8712?PHPSESSID=ba0kr evs3rv9afc7e11f7bm646>
3. Леви-Стросс К. Мифологии : в 4 т. Т. 1 : Сырое и приготовленное. М.; СПб: Университетская книга, 2000. 406 с.
4. Леви-Стросс К. Структурная антропология. М.: ЭКСМО-пресс, 2001. 522 с.
5. Медоуз Д.Х., Медоуз Д.Л., Рандерс Й. За пределами роста : предотвратить глобал. катастрофу. Обеспечить устойчивое будущее : учеб. пособие / пер. с англ. Г.А. Ягодина и др.; под ред. Г.А. Ягодина. М. : Прогресс. Фирма «Пангея», (1994). 302, [1] с. : ил.
6. Новик Е.С. Коммуникативный аспект архаических ритуалов и верований // Поведение животных и человека: сходство и различия. Пущино, НЦБИ АН СССР. С. 76–89.
7. Пояснительная записка к проекту федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами». URL: <http://www.anoufrieiev.ru/index.php?id=1057>
8. Чалдини Р. Психология влияния. СПб.: Питер, 2001. 288 с.
9. Эйбль-Эйбесфельдт И. Биологические основы эстетики // Красота и мозг : биол. аспекты эстетики / под ред. И. Ренчлера и др.; пер. с англ. М.А. Снеткова и др. М. : Мир, 1995. С. 29–73.

IV. Актуальные проблемы биоэтики

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ: ЭТИКА И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ

ЕФИМКИНА *Нина Сергеевна*

Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет

кафедра гуманитарных наук

2 курс, 8 гр. Лечебный ф-т

Науч. рук.: ст. преподаватель КГН СГМУ

ПОВИЛАЙТИС Андрей Владимирович

Идея заменять части тела, пришедшие в негодность, как детали в механизме, возникла давно. Эта тенденция включала в себя не только желание бороться с недугами. Врачи стремились соединить, воплотить в одном человеке возможности, присущие различным существам, которые помогли бы ему противостоять стихийным силам природы. Это стремление ярко воплотилось в мифологических образах, в частности сфинксов, сирен.

За последние десятилетия трансплантология сделала решительный рывок вперед. Изменился набор иммунодепрессантов, позволяющих блокировать, предотвращать процессы отторжения чужого органа организмом пациента. Повысилось качество методов хранения трансплантатов. Усовершенствовалась хирургическая техника операций по пересадке. Самая первая трансплантация сердца выглядела, как некое диво, теперь – это самая обычная медицинская операция. Детально отшлифована пересадка других органов человека, в частности: печени, почек. Существуют разработки планов по пересадке головного мозга.

Достижения в области трансплантологии показали, что перед человечеством открылась перспективная возможность лечения больных, ранее мыслимая, как невозможная. Но при всем этом, одновременно возник целый ряд этических и правовых проблем. И они не могут считаться реализованными, если сформулированные профессионалами методики и рекомендации не найдут общественного признания.

Выбор указанной темы обоснован актуальностью проблемы в настоящее время. И сама актуальность бросается в глаза даже неискущённому человеку. На нашей планете огромный дефицит донорских органов. В Германии более двенадцати тысяч заболевших ожидают своей очереди на пересадку. Каждые девять часов там умирает человек, не дождавшись необходимой операции.

В то же время, в странах, где существует дефицит органов, процветает «чёрный рынок». В частности, в Индии почка стоит восемьсот евро. Это самая минимальная цена за человеческий орган на планете по данным ВОЗ.

Переправка органов по миру проходит по схеме: с юга – на север, с востока – на запад, из бедных регионов – в богатые, от темнокожих – к светлокожим. Об этом рассказала в своей работе Нэнси Шепер-Хьюз,

антрополог из США. [7]. Она определила подобный трансплантационный туризм важным экономическим фактором для стран третьего мира.

С 2006 г. число незаконных пересадок резко пошло на убыль, поскольку государства постарались ужесточить законы. Однако во многих азиатских и африканских странах (Египет, Пакистан) данный рынок стал подпольным. «Чёрные врачи» путешествуют по миру и проводят незаконные операции по пересадке органов везде, где этот процесс не контролируется. Даже если через несколько дней после пересадки больница на этом попадает, врачи сразу же переезжают в другую страну. На сегодняшний день такие клиники популярны на Кипре и в Казахстане.

Коснёмся некоторых проблем трансплантации органов в РФ.

Средства массовой информации нашей страны сыграли свою роль в создании негативного отношения общественного мнения к донорству. Начало было положено резонансным «делом врачей-трансплантологов», которое было раскрыто в 2003 г. Тогда нескольких медиков больницы г. Москвы обвиняли в преступном деянии – убийстве. Прокуратура выдвинула версию, что врачи пытались изъять почку для пересадки у еще живого человека без его согласия. После данного показательного процесса в России практически прекратились платные операции по трансплантации. А десятки пациентов, нуждавшихся в донорских органах, так и не смогли их дожидаться.

Проблема нелегальной торговли органами/тканями в России тоже даёт о себе знать день от дня. Действие закона в данном аспекте проявляется не в наказании за совершенные преступления, а в их предотвращении. В действующем УК РФ нет статьи, которая бы объявляла незаконной куплю-продажу органов и тканей человека.

Проблема пересадки органов смертельно больным детям. В России она есть, а в Европе и США – уже не существует: нуждающийся в трансплантации малыш получает орган умершего сверстника. А в Российской Федерации на законодательном уровне детское посмертное донорство запрещено. Данная тема оказалась табуирована. Результат – потеря тысяч детских жизней. И это при том, что государственная политика официально направлена на улучшение демографической ситуации.

В России на сегодняшний день *недостаточно развита пропаганда по разъяснению среди населения и власть имущих актуальности и целесообразности трансплантации органов и тканей.* Подобную задачу, в принципе, должно взять на себя наше государство. И важным условием является политика просвещения в аспекте того, чтобы родные погибших смогли понять, что умершему человеку органы не нужны, а благодаря пересадке другим можно предотвратить трагедии во многих семьях и подарить жизнь людям, казалось бы, обреченным на гибель. В США и странах Европы давно осознали, что пересадка органа – это естественный метод помощи человеку, а Россия пока всё ещё стоит на месте в этом вопросе.

Все эти проблемы, связанные с пересадкой органов, привели к смещению России в число отсталых стран в области трансплантологии.

Но серьёзных перспектив в ближайшее время ожидать не приходится. Даже если законодательство России будет приведено в порядок, то до выхода на серьёзный уровень отечественной трансплантологии необходимо несколько десятилетий. Более того, базисной потребностью является создание федеральной программы развития органного донорства и трансплантологии, и современной службы органного донорства по всей стране.

Целесообразность трансплантации. Трансплантация как хирургический метод известна с давних времён. Началом развития трансплантации считается впервые произведенное переливание крови в 1492 г. больному Иннокентию VII для омоложения тела. В России первая пересадка органа, а именно трупной почки, была осуществлена в 1933 г. русским хирургом Ю.Ю. Вороним. Начало XX в. носит название «трансплантационная эйфория», именно в этот период произошли события, предопределившие главные направления развития медицины на целое столетие (пересадка трупной роговицы, костного мозга, печени, сердца, поджелудочной железы и т.д.).

Трансплантация человеческих органов – острая социально-значимая проблема, которую без преувеличения можно назвать «вопросом жизни и смерти». Обсуждение данной темы всегда предполагает наличие радикально противоположных мнений. Одни называют операции по пересадке донорских органов прорывом в будущее, другие – аморальным и антиобщественным деянием.

Но, как показывает статистика, по всему миру растет численность больных с терминальными стадиями заболеваний, а трансплантация как раз и является единственным и эффективным методом лечения. Она позволяет вылечить не только смертельный недуг, но и вернуть пациента к полноценной жизни. В настоящее время в мире живет свыше девяти тысяч человек с трансплантированными почками, свыше тысячи с пересаженным сердцем. Люди с трансплантированными органами ведут прежний образ жизни, иногда сохранив даже вредные привычки. Но важнее всего другое – людям возвращается не только жизнь, но и здоровье. Примером могут послужить такие данные: Некоторые пациенты с пересаженным сердцем занимаются спортом и даже участвуют в марафонском беге. Известен рекорд англичанина Брайана Прайса с трансплантированным от 16-летнего мальчика сердцем – он сумел преодолеть марафонскую дистанцию за 5 часов 57 минут. Женщины с пересаженным сердцем способны рожать детей.

Также важно упомянуть, что *развитие трансплантологии как науки способствует прогрессу фундаментальной медицины и практического здравоохранения.* Уровень трансплантологии отражает уровень медицины в стране и показатель ее экономического развития.

Этические проблемы трансплантации человеческих органов. Этические проблемы трансплантологии значительно различаются в вопросах о заборе органов для пересадки у живого человека или из тела умершего.

1. Проблема «живого» донорства: Пересадка органа от живого донора причиняет вред здоровью донора. Врач оказывается на распутье между моральными принципами: «не навреди» и «твори благо». С одной стороны, пересадка органа – это спасение жизни человеку (реципиенту), то есть – благо для него. С другой стороны, здоровью живого донора причиняется значительный вред, нарушается принцип «не навреди», причиняется зло. Поэтому, в случаях живого донорства, речь всегда идет о степени получаемой пользы и степени причиняемого вреда, действует правило: получаемая польза должна превышать причиняемый вред.

2. Проблема трупного донорства: В вопросе: кому принадлежат органы трупа, – применяются три подхода: рутинного забора органов, презумпция согласия и принцип информированного согласия.

При *рутинном заборе органов* нарушается право человека распоряжаться своим телом (даже после смерти) и затрагиваются моральные ценности семьи покойного, нанося родственникам дополнительную моральную травму.

«В обществе, которое ценит достоинство и свободу личности, мы должны иметь возможность контролировать то, что происходит с нашими телами, не только при жизни, но, и, в разумных пределах, и после ее окончания», – размышлял американский философ Р. Витч.

Презумпция согласия. При этом констатируется отсутствие отказа от трансплантации органов (как самого человека при жизни, так и родственников после его смерти).

Информированное согласие (презумпция несогласия) предусматривает прижизненное распоряжение донора или согласие членов его семьи после его смерти. Информированное согласие применяется в развитых странах (США, Голландия, Португалия). В США в 1968 г. принят закон об анатомическом даре (для лиц старше 18 лет).

Любые процедуры, разрешенные в области пересадки органов, должны выполняться на основе строгих рекомендаций по защите живых доноров от всех форм эксплуатации.

Также при пересадке органов следует разделять интересы реанимационных и трансплантационных бригад одного и того же медицинского учреждения: действия первых направлены на спасение жизни одного пациента, а вторых – на возвращение жизни умирающему.

3. Целесообразность трансплантации органов и тканей, дающая возможность продлить жизнь и улучшить ее качество, таит в себе опасность превращения донорства в коммерческую операцию (покупка, продажа органов человека или приоритетного права в списке очередников, ожидающих донорский орган). Поэтому при трансплантации органов и

тканей должен быть соблюден деонтологический принцип коллегиальности при принятии решения.

4. Справедливое распределение. Следует ли «отдавать» полученный орган лицам с аморальным поведением, например, людям, страдающим наркоманией? Известно, что наркоман погибает примерно через 5 лет после первой инъекции. Будет ли справедливо лечить подобных людей, в то время как в листе ожидания находятся сотни детей, молодых трудоспособных личностей?

Отношение мировых религий к трансплантации.

Христианство. Церковь убеждена, что органы человека никак не могут рассматриваться как объект купли-продажи. Пересадка органов от живого донора основывается только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. В этом случае согласие на изъятие органа – проявление любви и сострадания. Морально недопустимо изъятие органов, прямо угрожающее жизни донора. Посмертное донорство органов и тканей может стать проявлением любви, простирающейся по ту сторону смерти. Дарение или завещание не считается обязанностью человека. Церковь считает недопустимым нарушением свободы человека презумпцию согласия донора на изъятие органов и тканей из его тела, закрепленную в законодательстве большинства стран.

Ислам. Коран предписывает достойное отношение к телу мусульманина при жизни и после смерти. У мусульман запрещается брать органы, а также вскрывать тело умершего. Согласно Корану, не всякая операция по пересадке органов разрешена мусульманину. Пересадка органов и тканей, цель которой – спасение жизни, допустима. Разрешено использовать для трансплантации органы из искусственных материалов; органы, выращенные из тканей или клеток (например, кожи). Переливание крови разрешено. Пластические операции, с целью «улучшения» внешности, запрещены, но при необходимости допускается восстановительная пластика (например, если человек получил сильную травму, ожог).

Буддизм. В буддизме пересадка органов считается возможной только от живого донора, если это было даром больному.

Все мировые религии требуют бережного и почтительного отношения к телу умершего человека.

В ходе своей работы я решила провести опрос среди студентов СГМУ по изучению их позиций в отношении донорства и пересадки органов, их информированности о данной проблеме и готовности стать донорами органов. В опросе участвовал 51 человек. Вот, что показали результаты:

– если говорить о донорстве, как о явлении, то 7,8% – «против», а 92,2% ответили – «за». Среди последних готовность пожертвовать свой орган для другого, как правило, ограничивается близким кругом. Исследование показало, что 76,7% опрошенных без раздумья согласились бы отдать часть печени или почку своему ребенку. В то же время стать донором для супруга решились бы 7% студентов. Что касается близких друзей, то «поделиться» с

ними органами согласны лишь 2,3%. И, наконец, готовность стать донором для абсолютно незнакомого человека высказали 14% опрошенных (см. Приложение 1).

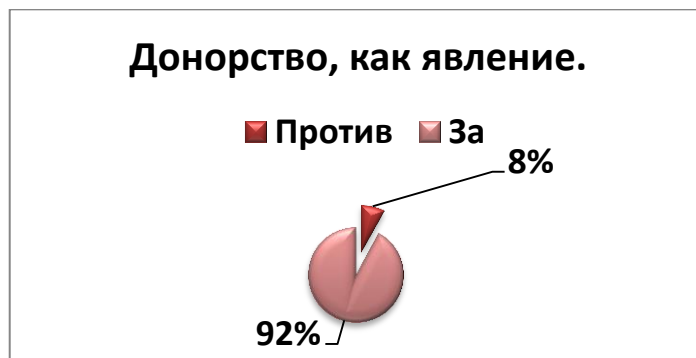
– на вопрос «Согласны ли Вы на завещание своих органов после смерти»? – мнения разделились поровну!

Это связано с недоверием общества и с низкой общественной солидарностью. Она как раз фиксируется в том, что практически никто не готов завещать свои органы. При этом все понимают, что у нас высокая нехватка органов и с этим что-то надо делать, но своей личной готовности помочь в этой ситуации не выражают. А ведь во многих европейских странах донорство как раз и основано на вот этой солидарной системе.

В процессе исследования мы попытались раскрыть в двух аспектах проблему трансплантация органов: этическую сторону и проблему целесообразности. А также познакомились с ее историей, изучили мнения студентов-медиков в отношении донорства и пересадки органов, их информированность в аспекте данной проблемы.

Итак, у трансплантологии имеются большие возможности, и она может принести многим людям шансы на возвращение здорового существования. Однако в развитии этого направления существует множество подводных камней. Перед учеными стоит задача выработки консенсуса, в решении проблем трансплантологии, нахождения «золотой середины» между этическим и целесообразным.

Приложение 1



**Согласны ли Вы на
завещание своих органов?**

■ За ■ Против

50%  50%

Список литературы:

1. Верещагин О. Игра со смертью // Дитя человеческое. 2013. № 3(94). С. 18–20.
2. Деонтология в медицине : в 2 т. / под ред. Б.В. Петровского. М.: Медицина, 1988.
3. Мойсюк Я. Трансплантация почки в России: проблемы и перспективы // Врач. 2002. №6. С. 5–7.
4. Петровский Б.В., Белорусов О. С. Деонтологические и социально-правовые аспекты клинической трансплантологии жизненно важных органов // Деонтология в медицине М.: Медицина, 1988. Т. 1. С. 206–238.
5. Пилипович А. Земля – живое существо. URL:<http://www.duhzemli.ru/>
6. Розенталь Р.Л. Этические проблемы при трансплантации органов от живых доноров // Вестник трансплантологии искусственных органов. 2001. №1. С. 42–47.
7. Шепер-Хьюз Н. = Scheper-Hughes Nancy. Органы на продажу: преступление под защитой. URL: <http://www.inosmi.ru/world/20130910/212811805.html>
8. <http://medznate.ru/>

**КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СОЗНАНИЕ
ЧЕЛОВЕКА**

КОЖИНА Анастасия Владимировна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
Кафедра гуманитарных наук
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: Nastusha.kozhina@mail.ru
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф КГН СГМУ
МАКУЛИН Артём Владимирович

В повседневной жизни статистика смертей, самоубийств, гибели в результате несчастных случаев просто зашкаливает, что уж говорить о чрезвычайных ситуациях.

Мы же обратимся к тем случаям, когда людям, находящимся на границе двух миров, удается пережить клиническую смерть, вернуться в мир живых и рассказать об увиденном.

Клиническая смерть – своеобразное переходное состояние между жизнью и смертью, начинается с момента прекращения деятельности центральной нервной системы, кровообращения и дыхания и продолжается в течение короткого промежутка времени, пока не разовьются необратимые изменения в головном мозге.

С момента их наступления смерть расценивается, как биологическая. Таким образом, главной динамической характеристикой клинической смерти является возможная обратимость этого состояния.

Целью написания данной статьи является рассмотрение вопроса об изменениях, происходящих с человеком, но не на биологическом уровне – оставим это медицине, а изменениям в сознании человека.

Как уже было сказано, клиническая смерть длится недолго – у человека составляет 3–6 минут, однако, как любое экстремальное событие, оказывает значительное влияние на сознание, мировоззрение и, иногда, даже на способности человека.

Одной из первых и, пожалуй, самых знаменитых попыток систематизировать и проанализировать рассказы пациентов, перенесших клиническую смерть, является книга «Жизнь после жизни» американского психиатра Раймонда Моуди. В данной книге собраны и проанализированы рассказы 150 пациентов.

Согласно статистике, только 5% людей, перенесших клиническую смерть, способны вспомнить и описать увиденное. У многих людей ассоциация с клинической смертью – это свет в конце туннеля. Действительно, большинство пациентов видят коридор или туннель, а в конце его – свет, настолько яркий, что на него больно смотреть. Многие упоминали об иллюзии вознесения на небо, некоторым казалось, что они парят под потолком. Очень часто пациенты в состоянии клинической смерти вспоминали, что видели со стороны свое тело, врачей, которые пытались вернуть их к жизни, как люди видят себя во сне.

Во время клинической смерти известны случаи не только выхода из собственного тела, но и перемещения в соседние помещения, после чего пациент мог описать находившихся там людей.

Приведем примеры таких «классических» воспоминаний:

«Вдруг мне показалось, что моя душа покинула тело и поднялась к потолку. Сверху я мог отчетливо видеть, как вокруг моего уже пустого тела суетятся врачи и медсестры. Мне было так хорошо, как не было ни разу в жизни. Все мое новое существо наполнилось какой-то легкостью, покоем и радостью. Хотелось поделиться этими ощущениями с озабоченными людьми, толпившимися внизу. Но тут больничная палата пропала, и я оказался в тоннеле. Было темно, я мог видеть лишь яркое пятно в конце. Я летел по

этому коридору, постепенно набирая скорость. Пятно света все росло и росло, и в конце концов стало огромным. Тоннель кончился. Передо мной стоял человек в белой одежде. Мысль о том, что это Иисус, пришла в голову сразу же.

«Тебе еще не пора», – сказал он, приблизившись ко мне. И тут же наступила темнота. Очнулся я на следующий день в реанимации. Врачи сказали, что я пережил клиническую смерть».

«У меня прекратилось дыхание и перестало биться сердце. Я сразу услышала, как сестры что-то закричали. И в этот момент я почувствовала, как отделилась от тела, проскользнула между матрасом и перилами с одной стороны кровати – можно даже сказать, что я прошла сквозь перила вниз на пол. Затем стала подниматься медленно вверх. Во время движения я видела, как еще несколько сестер вбежали в комнату – их было, наверное, человек двенадцать. Я видела, как на их зов пришел мой лечащий врач, который как раз в это время делал обход. Его появление заинтересовало меня. Переместившись за осветитель, я видела его сбоку очень отчетливо – паря под самым потолком и глядя вниз. Мне казалось, что я – листок бумаги, взлетевший к потолку от легкого дуновения. Я видела, как врачи старались вернуть меня к жизни. Мое тело было распростерто на кровати, и все стояли вокруг него. Я слышала, как одна из сестер воскликнула: «О боже, она скончалась!» В то время другая склонилась надо мной и делала мне искусственное дыхание изо рта в рот. В это время я видела ее затылок. Я никогда не забуду, как выглядели ее волосы, они были коротко подстрижены. Сразу вслед за этим я видела, как вкатили аппарат, при помощи которого пытались воздействовать электрическим шоком на мою грудную клетку. Я слышала, как во время этой процедуры мои кости трещали и скрипели. Это было просто ужасно. Они массировали мою грудь, терли мои ноги и руки; а я думала: «Почему они волнуются? Ведь мне сейчас очень хорошо».

«У меня произошел разрыв сердца, и я клинически умер... Но я все помню, абсолютно все. Неожиданно я почувствовал онемение. Звуки стали звучать как будто в отдалении... Все это время я прекрасно сознавал все происходящее. Я слышал, как сердечный осциллограф выключился, видел, как в комнату вошла сестра и позвонила по телефону, заметил вошедших за ней докторов, сестер, сиделок. В это время все как бы потускнело, послышался звук, который я не могу описать; он был похож на удары большого барабана; это был очень быстрый, стремительный звук, подобный звуку потока, бегущего через ущелье. Вдруг я поднялся и оказался на высоте нескольких футов, глядя на собственное тело сверху вниз. Вокруг моего тела хлопотали люди. Но у меня не было страха. Боли я тоже не ощущал, только покой. Примерно через секунду или две мне показалось, что я перевернулся и поднялся. Было темно – как в дыре или туннеле, но вскоре я заметил яркий свет. Он становился ярче и ярче. Казалось, что я двигался через него. Внезапно я оказался где-то в другом месте. Меня окружал красивый, золотистый свет, исходящий из неведомого источника. Он занимал все

пространство вокруг меня, исходя отовсюду. Потом послышалась музыка, и мне показалось, что я нахожусь за городом среди ручейков, травы, деревьев, гор. Но когда я оглянулся вокруг, то не увидел ни деревьев, ни каких-либо других известных предметов. Самым странным мне представляется то, что там были люди. Не в каком-нибудь виде или теле. Просто они там были. У меня было чувство совершенного мира, полного удовлетворения и любви. Похоже, что я стал частицей этой любви. Я не знаю, как долго продолжались эти ощущения – целую ночь или всего лишь секунду».

«Я чувствовала некоторую вибрацию вокруг моего тела, и в нем самом. Я оказалась как бы разделенной, а затем я видела свое тело... В течение некоторого времени я наблюдала за тем, как доктор и сестры возились с моим телом, и ждала, что будет дальше... Я находилась у изголовья кровати, смотрела на них и на свое тело. Я заметила, как одна из сестер направилась к стене вдоль кровати, чтобы взять кислородную маску, и при этом она прошла сквозь меня. Затем я поплыла вверх, двигаясь через темный туннель, и вышла к сияющему свету... Немного позднее я встретилась там с бабушкой и бабушкой, отцом и братьями, которые умерли... Повсюду меня окружал прекрасный сверкающий свет. В этом чудесном месте были краски, яркие краски, но не такие как на земле, а совершенно неопишуемые. Там были люди, счастливые люди... целые группы людей. Некоторые из них что-то изучали. В отдалении я видела город, в котором были здания. Они ярко сверкали. Счастливые люди, сверкающая вода, фонтаны... мне кажется, это был город света, в котором звучала прекрасная музыка. Но я думаю, что если бы вошла в этот город, то уже никогда бы не вернулась... Мне было сказано, что если я пойду туда, я не смогу вернуться назад... и что решение – за мной».

Ученые объясняют увиденное и услышанное, ощущаемое различными причинами:

- 1) сны, галлюцинации, иллюзии;
- 2) приводятся психологические объяснения;
- 3) естественные (научные) объяснения:
 - фармакологические объяснения,
 - физиологические объяснения,
 - неврологические объяснения.

Конечно, каждый человек вправе сам выбирать более обоснованное, по его мнению, объяснение.

Мы рассмотрели, что же испытывают люди во время клинической смерти, теперь же обратимся к изменениям.

Как бы ни были убедительны научные объяснения, явление клинической смерти все еще окружено загадками. Многие из переживших клиническую смерть вернулись другими. Дабы не быть голословными, сразу приведем примеры.

Например, американский подросток Гарри, переживший клиническую смерть, потерял все свое дружелюбие и чувство юмора. С того света он

вернулся агрессивным существом, с которым не смогли ужиться даже собственные родители. После возвращения Гарри из больницы, его пришлось переселить в отдельный гостевой дом, чтобы родители меньше попадались на глаза сыну, чьи вспышки ярости порой становились опасными для окружающих.

Трехлетняя девочка, выйдя из пятидневной комы, тут же в буквальном смысле слова потянулась к бутылке. Ребенок буквально требовал от родителей алкогольных напитков. Более того, малышка начала красть и курить сигареты.

Странная история приключилась и с матерью семейства Хизер Хоулэнд из США. Женщина перенесла черепно-мозговую травму, кровоизлияние в мозг и клиническую смерть. Вопреки прогнозам врачей, она не только выжила, но и практически выздоровела. Единственным последствием перенесенных испытаний стала неудержимая тяга Хизер к сексуальным контактам. До этого верная жена – Хизер начала менять партнеров как перчатки, что в конце концов привело к ее разводу с мужем!

Ученые так и не могут до конца понять причину подобных метаморфоз. Наиболее правдоподобное объяснение состоит в том, что из-за гипоксии повреждаются отдельные участки мозга, которые и заставляют людей совершать не свойственные им до этого поступки.

Один человек после выхода из клинической смерти читал молитву «Отче наш», хотя никогда ранее этого не делал и даже не знал ее текст. Так же известны случаи, когда люди, выйдя из состояния клинической смерти, начинали говорить на других языках, которые до этого не изучали, в т.ч. даже на мертвых.

Впрочем, далеко не все из переживших клиническую смерть изменились в худшую сторону. Многие, напротив, начали терпимее относиться к окружающим, стали больше сочувствовать и сопереживать чужим проблемам, научились особенно остро чувствовать красоту природы и ценить жизнь во всех ее проявлениях. Говорят, что эти черты они принесли с собой из загробного мира, ведь многие считают само состояние клинической смерти и рассказы, переживших ее, самым главным доказательством существования загробного мира.

Список литературы:

1. Моуди Р. Жизнь после жизни : исследование феномена продолжения жизни после смерти тела : пер. с англ. / с предисл. д-ра Кублер–Россе. М., 1976. URL: <http://lib.ru/MOUDI/moudi.txt> (дата просмотра 14.04.2014).
2. Гроф С., Хэлифакс Д. Человек перед лицом смерти URL: <http://bookap.info/trans/dead/> (дата просмотра 16.04.2014).
3. URL: <http://www.memoriam.ru/svidetelstva-pacientov> (дата просмотра 16.04.2014).

4. URL: http://www.scientific.ru/paranor/term_1.html (дата просмотра 13.04.2014).

6 ЦВЕТОВ РАДУГИ ИЛИ 666? ПРОБЛЕМА ОДНОПОЛЫХ БРАКОВ

МИРЗОЕВА Набат Арзу кызы,
ЛЕТОВАЛЬЦЕВА Карина Сергеевна,
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Лечебный ф-т
aidan140994@mail.ru
karishkalet@mail.ru
Науч. рук.: преподаватель кафедры гуманитарных наук,
МАКУЛИНА Евгения Юрьевна

*«Человек — есть мера всех вещей», — с ума сойти!
Как же ничтожен должен быть этот мир, коли так!»
«Дальше дна падать некуда, дамы и господа!
Зачем же так унижаться?!
Все, точка абсолютного нуля пройдена!»
Анхель де Куатье*

На протяжении истории и во многих цивилизациях брак всегда был союзом между одним мужчиной и одной женщиной. Брак имеет юридическое признание, он является обязательством между двумя людьми. Он также может определяться как духовный союз, так как он признан святым таинством некоторыми религиями и как духовное единение душ – другими. Брак между мужчиной и женщиной являлся фундаментальной основой человеческой цивилизации. Брак был не только единственной, но даже и главной формой регулирования отношений между полами.

Гомосексуализм рассматривается в качестве греха в религиозных конфессиях. Все религиозные конфессии правы – брак мужчины и женщины это прочный союз, только мужчина и женщина воплощают в себе половые различия, которые обеспечивают первичную основу существования и развития общества.

Большинство людей во всем мире признаёт, что «однополые браки» не являются «полноценно-нормальными» и что активисты движений за их легализацию имеют глубокие душевные проблемы, мало кто видит картину настоящего ущерба, который уже начинает давать первые ростки зла в западном обществе.

Цель работы: рассмотреть проблему однополых браков с нравственно-этической, медико-психологической и социально-политических сторон и доказать, что гомосексуализм ведет общество к саморазложению и саморазрушению.

Есть достаточно сведений о том, что гомосексуализм в разных его проявлениях был естественным и в античности. В Древней Греции мужской

гомосексуализм носит название уранизм, по имени богини Урании, которая родилась от бога Урана. Женские же предпочтения к однополым отношениям называют лесбиянством, или сапфизмом, именем поэтессы Сапфо, которая была гомосексуалисткой и жила на острове Лесбос. Такие мифические боги и герои, как Зевс, Геркулес, Посейдон, Ахилл, отличались гомосексуальным поведением. Греческая литература и искусство изображали гомосексуальные акты между взрослыми мужчинами и мальчиками. Платон в «Симпозиуме» превозносил достоинства мужского гомосексуализма и считал, что гомосексуальные любовники могут быть превосходными солдатами. В Римской империи гомосексуализм не преследовался, гомосексуальное поведение считалось вполне естественным. Известно, что состоял в браке с женщиной и император Нерон. Мы думаем, что одной из причин распада Древней Греции и уничтожением такой нации как эллины, а также Римской империи послужили однополые пристрастия населения.

Что такое гомосексуализм? Мы полагаем, что рождаются гомосексуалистами достаточно невысокий процент людей. Чаще ими становятся, причем, становление в большей степени сильно зависит от общественного мнения.

Гомосексуалисты – это люди с нарушенным компонентом полового поведения. Но главная проблема в том, что таких людей, которых действительно стоит называть истинными «ошибками природы, – действительно меньшинство. Они встречаются на земле лишь не намного чаще, чем сиамские близнецы. А прочие геи и лесбиянки, заполняющие гомосексуальные клубы и воюющие за свое равноправие, – практически все они, если можно так выразиться, гомосексуалисты «благоприобретенные». То есть их склонность к своему полу имеет психологическую подоплеку и ничего общего не имеет с истинным гомосексуализмом [1].

Люди с нетрадиционной ориентацией испытывают трудности с половым отождествлением. Ребенку говорят, что он мальчик, а он так и тянется играть вместе с девочками, ему не интересны ни машинки, ни конструкторы. У девочек наблюдается то же самое – они стремятся к мальчикам, игры с девочками в куклы ей не интересны, по своему поведению они – мальчишки. А иногда бывает, что при совместных играх, например, в дочки-матери, мальчики берут на себя женские обязанности, а девочки – мужские роли, но это не всегда говорит о несоответствии врожденного пола физическому, иногда это, к примеру, стремление подчинить себе окружающих.

Подобные проявления подростковых влюбленностей объясняются и воспитанием, и составом семьи. Бывают женоподобные мальчики, которые просто боятся мужского общества, так как воспитывались постоянно женским обществом. И, наоборот, мужеподобные девочки, которые не водятся с девчонками только лишь в силу властного характера, презрения к лишним эмоциям и желания командовать. Такие люди нормальные, то есть без психических отклонений в противоестественном влечении к лицам своего пола. Они именно под маской «сексуального меньшинства» чувствуют себя в безопасности, потому что им сложно объяснить, прежде всего, самим себе то,

что они чувствуют себя комфортно только среди своего пола. И относят себя к гомосексуалистам.

К «сексуальным меньшинствам» примыкают те, кто стремится таким образом самоутвердиться; те, кто имеет определенные психологические проблемы, и те, у кого в детстве было искажено половое воспитание; также те, кто хочет выделиться и быть оригинальным. Кроме того, как отмечает российский психотерапевт Н.Н. Наричын, «настоящего» гомосексуалиста отличает «стремление отгородиться от окружающего мира (истинный гомосексуалист никогда не будет выставлять на всеобщее обозрение свою нестандартную сексуальную ориентацию)». Получается, что те, кто выходит на гей-парады, как раз не врожденные гомосексуалисты, а люди с психическим расстройством, которое ныне успешно лечится психотерапевтами [1].

В международной классификации болезней Всемирной Организации Здравоохранения, до её 9-й редакции включительно, гомосексуальность классифицировалась как заболевание (302.0), относившееся к группе психосексуальных расстройств. 17 мая 1990 г. Всемирная Организация Здравоохранения ООН исключила гомосексуальность из списка заболеваний. Был принят новый вариант Международной классификации болезней (МКБ-10), где указано, что сексуальная ориентация (гетеросексуальная, бисексуальная или гомосексуальная) сама по себе более не будет считаться расстройством¹. С 1 января 1999 г. российская психиатрия тоже отказалась от диагноза «гомосексуализм». Диагноз эгодистонической гомосексуальности в МКБ-10 сохраняется, охарактеризовываясь как желание пациента изменить свою сексуальную ориентацию в силу дополнительных имеющихся психологических и поведенческих расстройств [2, с. 209].

Один папа + одна мама. Часто однополые пары желают взять детей в их семью, но детям необходимы как мама, так и папа, поэтому государство должно позаботиться об этом. Установлено, что гомосексуализм служит причиной депрессий, упадка сил, угнетения, болезней и даже самоубийств. По данным американских исследователей доказано, что чаще становятся гомосексуалистами дети из однополых браков, нежели дети из нормальных семей. Несмотря на гетеросексуальность населения, дети все равно становятся «голубыми», следуя по стопам своих «родителей» в однополых браках.

Гомосексуалисты значительно более подвержены инфекциям, передающимся половым путем, как в силу противоестественности практикуемого ими способа совокупления, так и в силу значительно более частой смены партнеров. По данным доктора Сатиноуэра, гомосексуалисты в семь раз чаще меняют партнеров, чем гетеросексуалы, в их отношениях 41 раз реже присутствует полное доверие партнеру. Как следствие значительное число геев уже инфицировано СПИДом [3].

¹ Переходная таблица: от МКБ-9 к МКБ-10

Привитие обществу терпимости к гомосексуализму опасно в первую очередь тем, что увеличит процент гетеросексуалов, попробовавших однополую любви; это в свою очередь приведет к существенному росту числа инфицированных СПИДом и другими возбудителями болезней. Учитывая итак невысокую рождаемость в России, мы рискуем сильно усугубить демографический кризис.

Гомосексуализация всей страны. Пропаганда гомосексуальных отношений в бизнесе, власти, искусстве и культуре повышает уровень частоты встречаемости нетрадиционной ориентации у населения, а также ущемляет права гетеросексуалов. Сексуальные меньшинства пытаются принять облик оскверненных, подавленных и безобидных людей, тем не менее, нередко сами нападают на натуралов.

Помимо этого, гомосексуализм, который сейчас так открыто обсуждают, складывает нездоровую атмосферу в коллективах, где близкая дружба между мужчинами или женщинами навеивает мысль о нетрадиционных отношениях среди этих людей. В конечном итоге, происходит гомосексуализация социального рассудка, которая нарушает нормальные взаимоотношения между лицами общества.

Школы под давлением будут учить детей о новом определении брака. Если гомосексуальные союзы получают законный статус брака, то школы будут обязаны учить детей, что гомосексуальные отношения являются морально приемлемыми. Учителя, которые не согласятся так учить детей, будут иметь проблемы с руководством школ и терять работу, нанося ущерб своей учительской карьере. Легализация гей-союзов наложит строгое условие на школы: включить изучение гомосексуального образа жизни в обязательную школьную программу. Во многих школах Западной Европы и США такой образ жизни уже включен в уроки по семейному образованию. Существует давление на правительства: включить историю гомосексуального движения в школьные программы детей старше 8 лет. Также некоторые школы заставляют проводить так называемый День Молчания в солидарность с гомосексуальным движением и в честь жертв репрессий против гомосексуалистов [5].

На сегодняшний день (2014 г.) уже 18 стран легализовали однополые «браки»: Аргентина, Бельгия, Канада, Исландия, Голландия, Норвегия, Португалия, Испания, Швеция, ЮАР, Мексика, Бразилия, Дания, Великобритания, Франция, Уругвай, Новая Зеландия, Шотландия. Девять штатов в США сделали так же: Коннектикут, Айова, Массачусетс, Нью-Хэмпшир, Нью-Йорк, Вермонт, Вашингтон, Род Айленд, Делавэр.

Гомосексуализм = педофилия. Еще одна опасность легализации гомосексуализма и гей-парадов заключается в том, что гомосексуализм связан с педофилией.

«Доказано, что педофилия в большей степени распространена среди гомосексуалистов, чем среди гетеросексуалов, и что она шире распространена среди мужчин, гетеро- или гомосексуальных, чем среди

женщин. Но правда и то, что большинство гомосексуалистов не являются педофилами», – пишет доктор Сатиноуэр [3].

Согласно данным П. и К. Камеронов: «29% совершеннолетних детей гомосексуалистов-родителей намеренно подвергались сексуальным приставаниям этого гомосексуалиста-родителя, и это несоизмеримо выше, чем 0,6% совершеннолетних детей гетеросексуальных родителей, сообщивших о сексуальных отношениях со своими родителями. Наличие гомосексуального родителя (родителей), по-видимому, увеличивает фактор риска кровосмешения приблизительно в 50 раз».

Но важнее психологический аспект вопроса, легализация одного полового извращения, логически требует легализации остальных: педофилии, зоофилии, некрофилии.

Активисты хорошо осознают, какие отрицательные последствия для движения за права гомосексуалистов будут иметь место, если люди уловят хоть какую-то связь между гомосексуализмом и педофилией, а также другими формами сексуального поведения, которые пока еще не считаются отклонениями от нормы. Поэтому они всеми силами отрицают наличие такой связи, стараясь привлечь внимание общественности к тому (вполне правдивому) факту, что гетеросексуалы, если брать абсолютные числа, совершают насилие над детьми гораздо чаще гомосексуалов.

Однако все корректно проведенные исследования показывают, что педофилия среди гомосексуалистов распространена гораздо шире, чем среди гетеросексуалов. Большее количество случаев гетеросексуального растления несовершеннолетних отражает просто тот факт, что число гетеросексуальных мужчин превышает число гомосексуальных примерно в тридцать один раз. Количество случаев гетеросексуального насилия над детьми превышает количество гомосексуального насилия всего в одиннадцать раз, из чего явствует, что среди гомосексуалистов педофилия наблюдается примерно в три раза чаще, чем в среде гетеросексуалов».

С целью изучения отношения российской молодежи к гомосексуализму и однополым бракам мы предложили пройти анонимный опрос в социальной сети. Участниками опроса стали жители городов Северо-Западного региона, как мужского, так и женского пола, в возрасте от 18 лет. Выборка составила 150 человек. Время проведения исследования – май 2014 г.

Опрос включал следующие вопросы, с предложенными наиболее вероятными вариантами ответов.

1. Как вы считаете гомосексуализм в основном это?

- a. Болезнь или результат психической травмы
- b. Сексуальная ориентация, имеющая равное с обычной право на существование
- c. Распушенность, вредная привычка
- d. Затрудняюсь ответить

2. Как вы думаете, что следует предпринимать в отношении гомосексуалистов?

- a. Преследовать по закону

- b. Помогать им достойно жить
- c. Оставить в покое
- d. Лечить
- e. Затрудняюсь ответить

3. Как вы относитесь к тому, что геи и лесбиянки должны пользоваться в России такими же правами, как и другие граждане?

- a. Не согласен
- b. Согласен
- c. Затрудняюсь ответить

4. Как вы считаете, должно ли государство пресекать любые публичные проявления гомосексуализма и его оправдания?

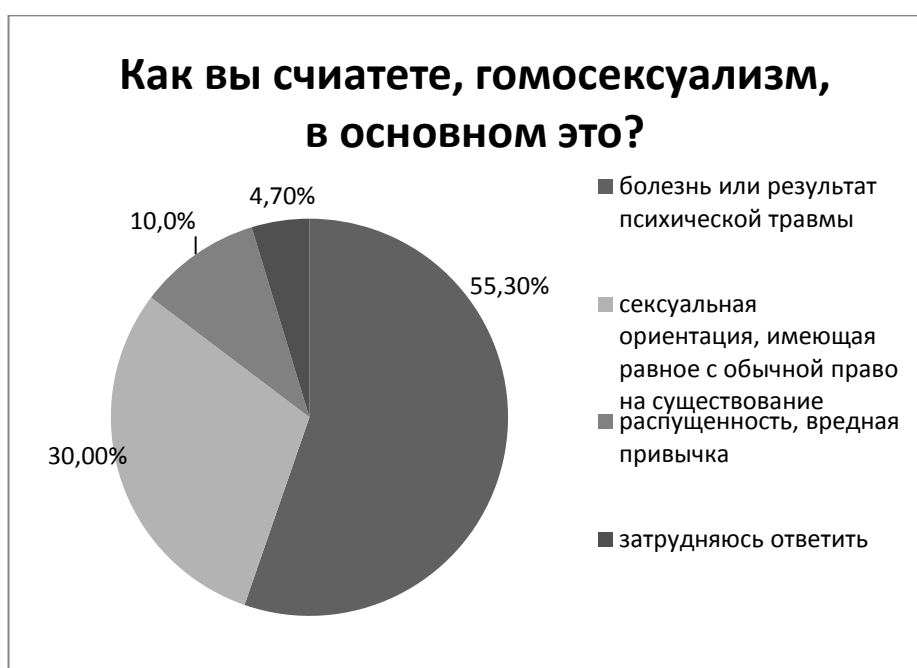
- a. Да
- b. Нет
- c. Затрудняюсь ответить

5. Правильно ли разрешать усыновлять детей в «однополое семьи»?

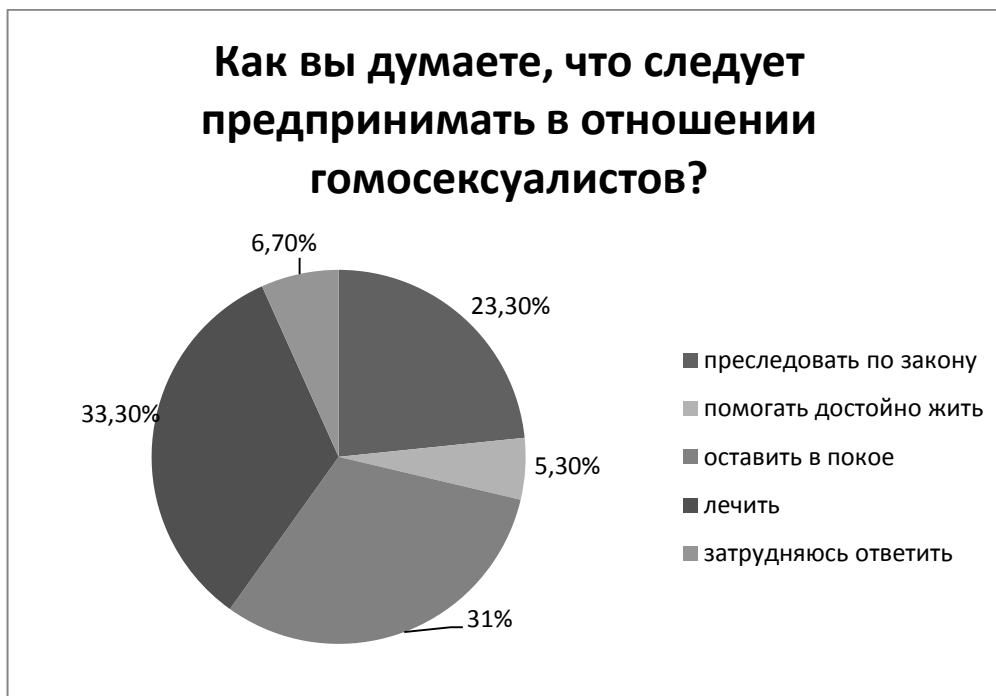
- a. Нет
- b. Да
- c. Затрудняюсь ответить

В нашем исследовании мы решили определить, насколько существенная доля нашего общества смотрит на проблему однополых браков, как на «союз двух любящих людей одного пола» и как много граждан высказывают иную точку зрения.

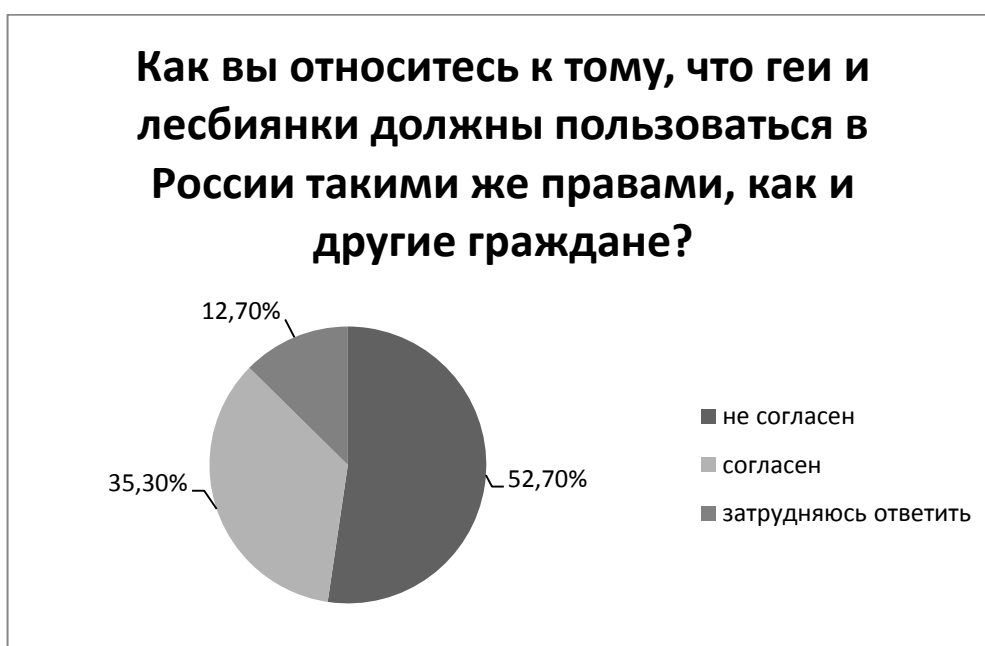
На вопрос: «Как вы считаете гомосексуализм в основном это?» лишь 55,3% респондентов считают, что гомосексуализм – это болезнь или результат психической травмы, 29,2% полагают, что гомосексуальность – это сексуальная ориентация, имеющая равное с обычной право на существование, 9,7% – распущенностью, вредной привычкой, 4,6% затрудняются с ответом.



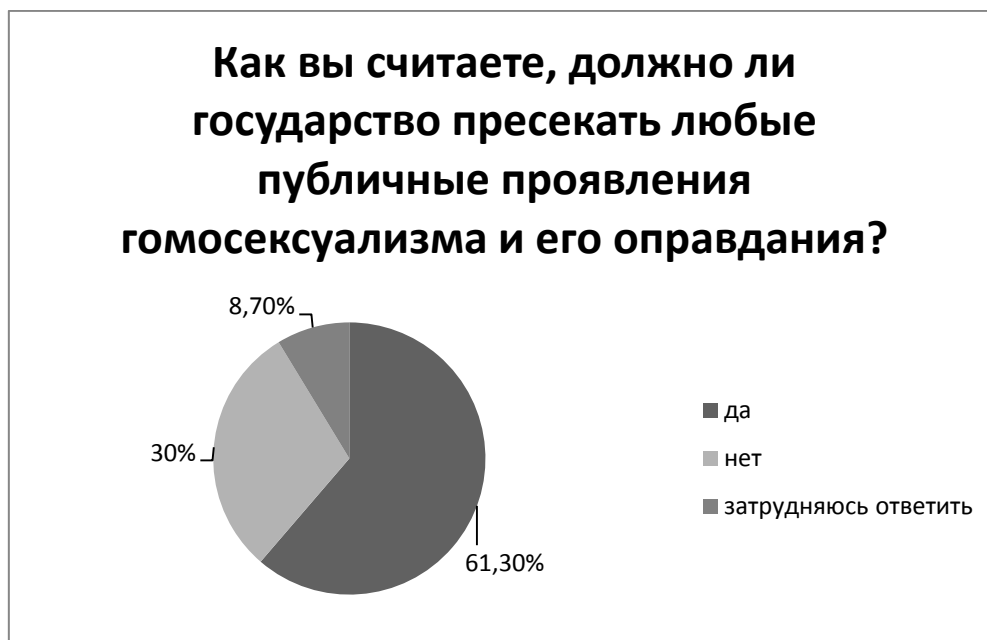
По результатам опроса на вопрос: «Как вы думаете, что следует предпринимать в отношении гомосексуалистов?» 23,4% опрошенных ответило, что их надо преследовать по закону, 5,1% – помогать им достойно жить, 31% респондентов считают, что нужно оставить их в покое, 34,2% – лечить, 6,3% затрудняются с ответом.



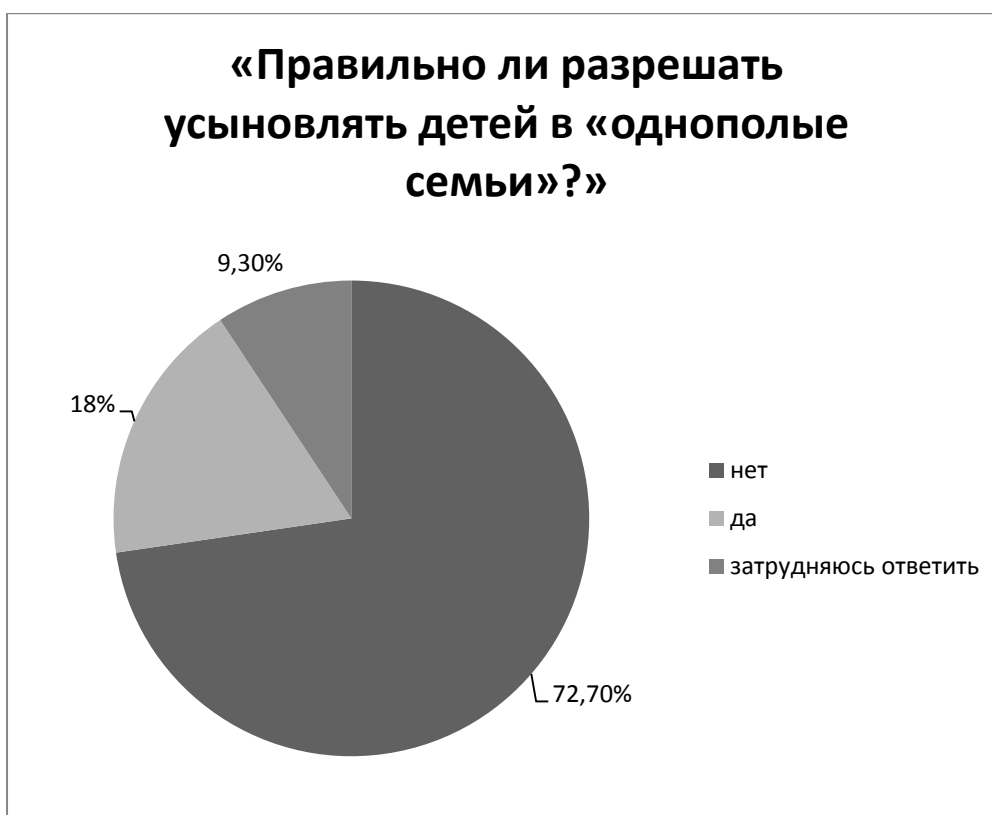
На вопрос: «Как вы относитесь к тому, что геи и лесбиянки должны пользоваться в России такими же правами, как и другие граждане?» 52,7% – не согласны, 35,3% – согласны, 12,7% – затрудняются ответить.



На вопрос: «*Как вы считаете, должно ли государство пресекать любые публичные проявления гомосексуализма и его оправдания?*» 61,3% – да, 30% – нет, 8,7% – затрудняются с ответом.



На вопрос: «*Правильно ли разрешать усыновлять детей в «однополые семьи»?*» 72,7% – нет, 18% – да, 9,3% – затрудняются ответить.



По результатам данного исследования можно заключить, что процент опрошенных людей, не поддерживающих однополые браки и считающих

гомосексуализм болезнью, значительно превышает процент, считавших иначе.

Итак, рассмотрев различные грани вопроса, делаем вывод, даже не имея исчерпывающих статистических данных, что привитие обществу терпимости к гомосексуализму однозначно будет способствовать увеличению числа «голубых», а также гомосексуальных контактов среди гетеросексуалов, росту распространенности СПИДа и других инфекций, снижению рождаемости и продолжительности жизни. Также неминуемо будет развиваться движение в защиту педофилии и сама педофилия. При этом сам гомосексуализм, является психическим отклонением, поддающимся лечению. Об этом мало говорят, что весьма печально. Зато СМИ любят цитировать жалостливые письма гомосексуалистов о том, как общество их отвергает и не понимает. Этим людям действительно жалко, но их проблема решается с помощью медицинской помощи, а не с помощью гей-парадов и легализации однополых браков.

Легализация однополых «браков» приводит к дискриминации тех, кто не согласен с гомосексуальным образом жизни. Любое несогласие интерпретируется как пропаганда гомофобии и ненависти и поэтому ведёт к пресечению всего того, что мешает свободному продвижению гомосексуального образа жизни. Круг гомосексуалистов очень узкий, и они не должны определять внутреннюю политику страны. Западные страны, в которых гомосексуальное лобби агрессивно навязывает свой стиль жизни, имеют от 0,2 до 1,5 процентов населения, признающего себя каким-то образом замешанным в этот стиль жизни. Совершенно неразумно удовлетворять сексуальные требования такого микроскопического меньшинства за счёт разрушения фундаментальных принципов человеческого общества. Тем более, когда это происходит без общественного согласия.

*«Человек — есть мера всех вещей
Человек — есть мера всех
Человек — есть мера
Человек — есть
Человек...»*

Список литературы:

1. Нарлицын Н. Под чужим именем. URL: http://www.1gay.ru/therapy_stories10.shtml
2. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2002.
3. Сатиноуэр Дж. Гомосексуализм и здоровье. Факты : [электрон. ресурс] // Человек и пол. 2008. <http://www.overcoming-x.ru/site/book/export/html/142>
4. Созаев В., Кириченко К., Кочетков И. Чего хотят ЛГБТ-активисты? СПб, 2011.

5. Спарк А. 15 причин, почему общество не должно легализировать гомосексуальные «браки». URL: <http://love-contras.org/index.php/expert/issue/961/>
6. Cameron P., Playfair W, L., Wellum S. Tlie Homosexual Lifespan, представление в Восточную психологическую ассоциацию, апрель 1994 года.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

СМИРНОВА Вера Николаевна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: vera087594@mail.ru
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

Главным желанием каждого человека является создание семьи. Но с каждым годом этого добиться становится все труднее. В результате ухудшения экологии, нездорового образа жизни возрастает количество семей, не способных завести ребенка. Причины бесплодия присущи как мужчине, так и женщине, они могут произойти из-за различного рода заболеваний, вызванных экологическим нарушением окружающей среды человека, биологической несовместимостью супругов и многими другими неблагоприятными факторами. По данным медицинской статистики в России около 5 миллиона супругов страдают бесплодием.

Способом решения этой проблемы стало суррогатное материнство. Это позволяет почувствовать огромную радость материнства и отцовства большому количеству людей.

Первая звезда, которая обратилась к услугам суррогатной матери, стал певец Майкл Джексон – так на свет появился его третий ребенок – Принц Майкл II.

Суррогатное материнство – что это? Очень часто оно является единственным способом помощи людям обрести счастье, ребенка. Женщина получает возможность стать матерью, да, именно матерью своего ребенка, так как ее яйцеклетка будет участвовать в этой процедуре. Отличие только в том, что ребенок будет вынашиваться другой женщиной, тем самым и на свет он появится без помощи биологической матери.

Кажется все так просто, проблема с появлением на свет долгожданного чуда решена, но если заглянуть глубже?

Как же этические проблемы?

Данных проблем может возникнуть не один десяток, таких как, например:

1) сможет ли женщина рассказать ребенку, что его вынашивала другая женщина и не повлияет ли это на его психику?

2) суррогатная мама вынашивает ребенка 9 месяцев, сможет ли она расстаться с ребенком после родов?

3) еще никто не знает, чувствует и переживает ли ребенок тот момент, когда его разлучают с суррогатной матерью?

4) дети – товар?

5) что будет если родится больной ребенок?

6) суррогатное материнство – зачатие вне супружеской близости.

7) риск для здоровья детей.

Первые две проблемы – решаемы.

Мать может не рассказывать своему чаду о том, как же он на самом деле появился на свет. Психика ребенка при этом не пострадает.

Суррогатная мама может легко расстаться с ребенком, если она делала это за деньги или еще какой-либо выгоды, не считая иной причины материнства.

Именно эти две проблемы – проблемы взрослых, тех, у кого сформирована психика, но как же быть с третьей проблемой?

По мнению психологов и психиатров, давно выявлена эмоциональная связь, существующая между матерью и ребенком. Любовь, с которой она вынашивает ребенка, мысли, связанные с его появлением, богатство общения, которое мать делит с ним, оказывает влияние на развивающую психику плода и его клеточную память, формируя основные качества личности, которые сохраняются в течение всей последующей жизни.

При опросе женщин, почти треть женщин никогда не думали о вынашиваемом в чреве ребенке. Дети, которых они произвели, имели при рождении вес, не достигавший средних показателей. У них были нарушения в работе пищеварительного тракта и нервных расстройств. Такие дети обычно плакали намного больше. Также у них появлялись сложности к адаптации к окружающим и к жизни.

В тех случаях, когда мы испытываем чувство радости и счастья, наш мозг вырабатывает «гормоны радости» (эндорфины). Они способны сообщать ощущения покоя или радости бытия плоду. Если он часто испытывает эти состояния в утробе матери, то они запоминаются и, вероятно, определенным образом окрашивают характер будущего мужчины ли женщины [1].

Рассмотрим четвертую проблему:

Какими бы словами о высоком значении материнства не прикрывалась новая технология суррогатного материнства, она остается коммерческой услугой, то есть услугой, которая оказывается за деньги и ради денег. При развитии этой технологии включаются механизмы рыночной регуляции по схеме: деньги – товар — деньги. Под товаром подразумевается набор услуг и сам ребенок. В этом процессе человеческая жизнь и сам человек становится предметом торговли, приобретает свойства товара. Спрос рождает предложение и предложение рождает спрос. В этой схеме нет места этике, человеческим взаимоотношениям, ценности и неповторимости жизни. Есть вещи, которые нельзя продавать и покупать. Если общество переступает эту

черту, то оно становится другим – обществом, где можно купить человеческую жизнь. Уже появились своеобразные «питомники», где мамы из бедных стран рожают детей, добывая себе на жизнь. Нельзя не увидеть аналогии с человеческими «фермами», которые существовали в рабовладельческой Америке. По сути, появилась новая форма торговли своим телом, аналогичная проституции, которая глубоко унижает достоинство женщины, хотя в обоих случаях все происходит как будто добровольно. Причем мы еще не знаем, к каким злоупотреблениям может прийти эта индустрия, для которой нет никаких нравственных преград. Что интересно, в репродуктивных технологиях вращаются очень большие деньги. Коммерческая цена услуги за суррогатное материнство начинается от 10 тысяч долларов США и это не единственные расходы. Одна попытка ЭКО стоит около двух тысяч долларов. При этом проблема сиротства в стране до сих пор не решена [2].

Обратимся к пятой проблеме:

Если вдруг при суррогатном материнстве рождается больной ребенок, возможно, что он останется сиротой. Почему? Да только потому, что суррогатная мать может отказаться от него и биологические родители тоже.

Это можно рассмотреть на примере из средств массовой информации, которые повествовали о мальчике Антоше, который родился с генетическим заболеванием кожи. Его бросила как биологическая, так суррогатная мать. Так что даже непонятно, кого из двух бросивших малыша женщин считать мамой. Но так или иначе, Антоша – ребенок, рожденный даже не двумя, а тремя родителями, оказался не нужен ни одному из них. Суррогатная мама, завершив бизнес-программу, вернулась к своей обычной жизни и родному ребенку. Имена и документы биологических родителей, связанные с историей рождения, покрыли пелена медицинской тайны и пыль больничного архива. А осиротевший Антон стал «генетическим мусором», пусть и с упрямо колотящимся сердечком.

Шестая этическая проблема:

Позиция Церковно-общественного совета по биомедицинской этике определяется отношением к самой процедуре искусственного зачатия, происходящего вне супружеской близости. Господь не случайно неоднократно обращается к человеку: «... Я образовал тебя во чреве...» (Иер. 1:5). И человек признает Бога, как Того, Кто «... создал меня во чреве, образовал... в утробе...» (Иов 31:15). Появление новой жизни – не просто биологический механизм, а важнейшая сторона духовной, душевной и социальной жизни человека. Ребёнок имеет право на то, чтобы его жизнь была плодом супружеской любви его родителей [4]

Последняя, на наш взгляд, седьмая проблема затрагивает здоровье детей:

Само по себе и ЭКО, а тем более СМ являются полностью противоестественными способами зачатия и рождения детей. До сих пор нет убедительных доказательств их безвредности. Отрицательные последствия могут быть самыми разными. Кроме того, в случае хранения зародыша в замороженном виде, его срок жизни продлевается на неопределенное время

по желанию тех, кто в данный момент им владеет. Возраст окажется больше настолько, сколько длилось хранение. Конечно, заморозка останавливает большинство биохимических процессов, но не полностью. Во время хранения оплодотворенная яйцеклетка подвергается обычному фоновому радиоактивному облучению и возрастает вероятность мутации. Наличие мутации выявить очень трудно, так как многие наследственные болезни передаются рецессивными генами и не проявляются сразу, а только в последующих поколениях [3].

Итак, суррогатное материнство, конечно, решит проблему невозможности родить ребенка матерям, но психологические и этические проблемы так и «остаются летать в воздухе».

Был проведен опрос среди студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультета, в ходе которого были опрошены равное количество представителей женского и мужского пола. Они отвечали на три вопроса: 1) Что значит для вас суррогатное материнство? 2) Вы за или против суррогатного материнства? 3) Нужно ли запретить суррогатное материнство?

Результаты данного теста описаны ниже в диаграммах.

Из диаграмм наглядно видно, что на первый вопрос мужчины и женщины-стоматологи больше, чем другие считают, что суррогатное материнство – это товарно-денежные отношения, а лечебный факультет, как женщины, так и мужчины отвечают, что суррогатное материнство – это помощь семьям.

По второму вопросу мнения опять разошлись. Наибольший процент противников суррогатного материнства оказался на стоматологическом факультете.

По третьему вопросу мнения сошлись у всех трех факультетов, все согласны, что суррогатное материнство не нужно ограничивать, так как для некоторых – это единственный шанс завести ребенка.

Таким образом, большинство людей считают суррогатное материнство надеждой, которая дается бездетным семьям.

Рисунок 1. ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ

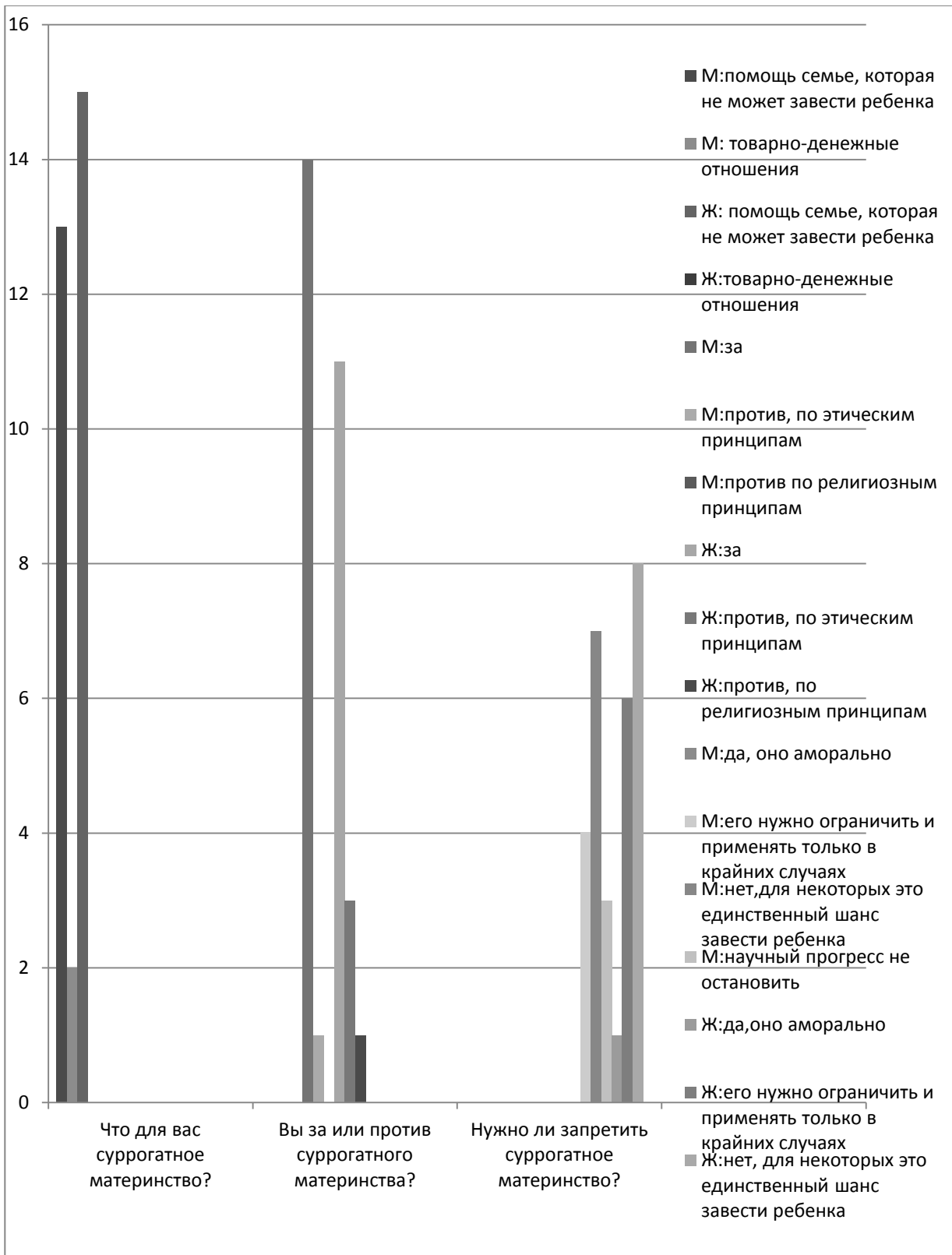


Рисунок 2. ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

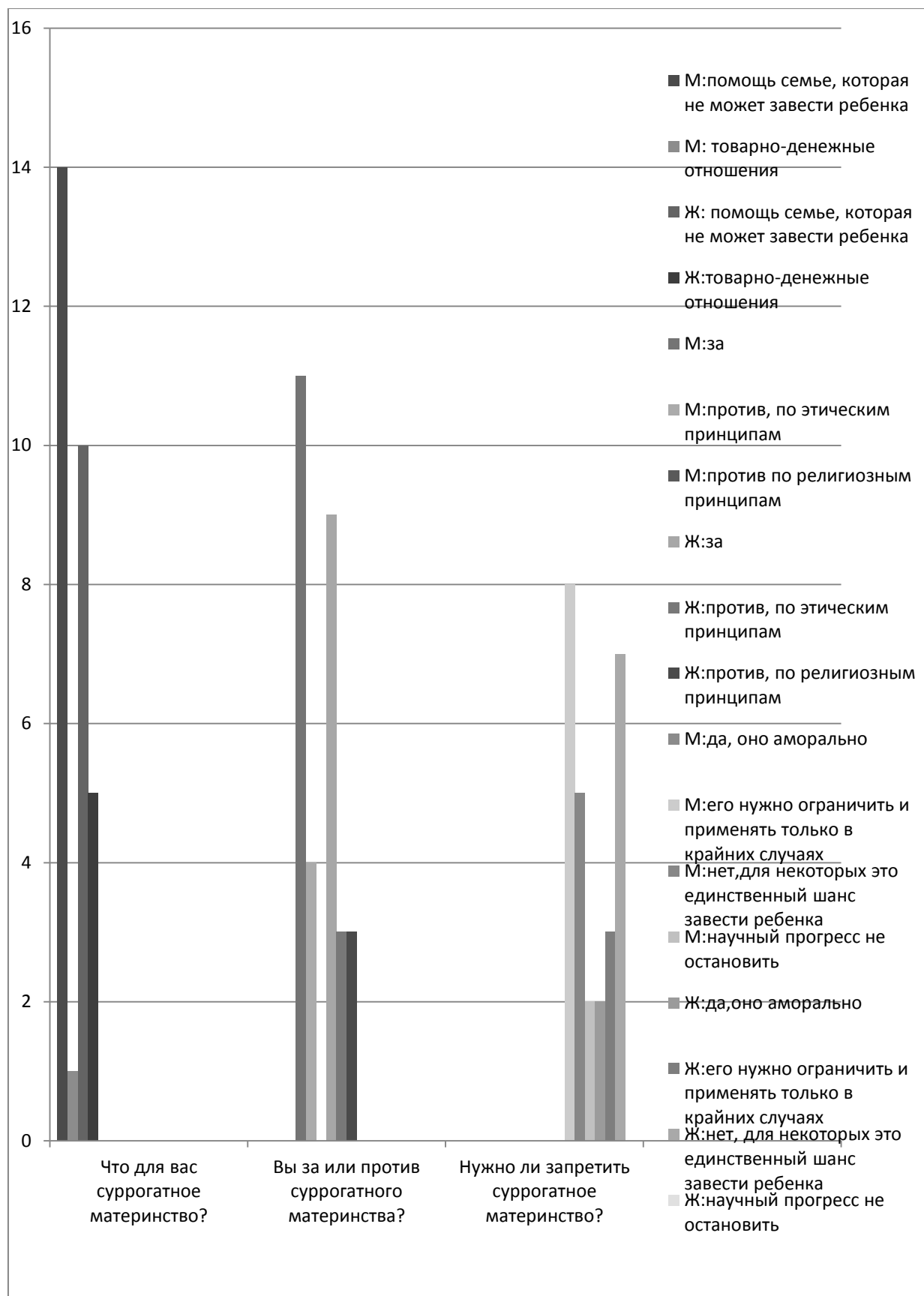
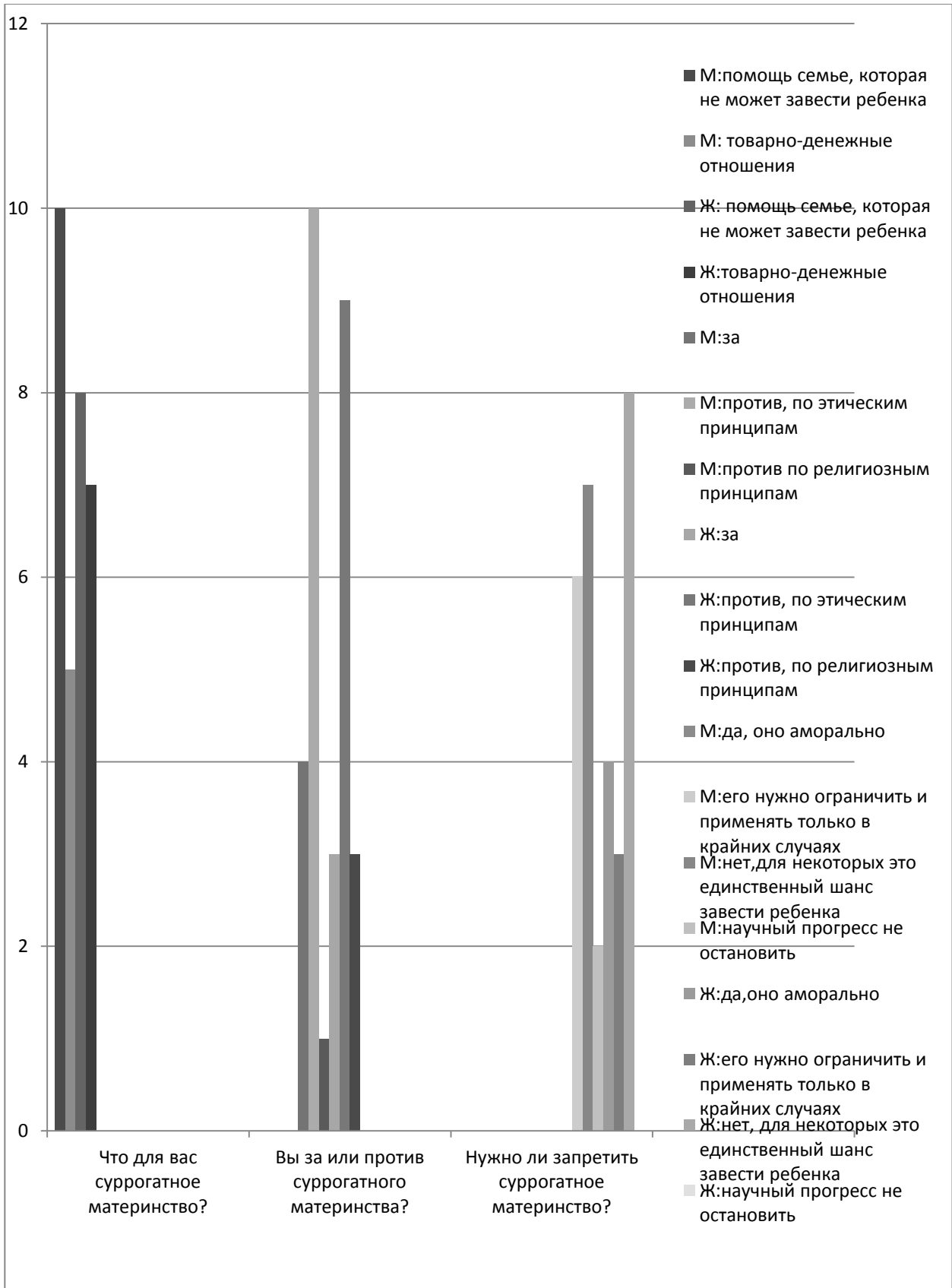


Рисунок 3. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ



Список литературы:

1. Бертин А. Воспитание в утробе матери, или Рассказ об упущенных возможностях : [Пер. с англ.]. СПб. : Мед.-науч.-практ. о-во «Жизнь», 1992. 29, [2] с. : ил.

2. Никова А.И. Исторический и правовой аспект суррогатного материнства: зарубежный и российский опыт // Правовая инициатива. 2013. № 11. URL: <http://49e.ru/ru/2013/11/8>.

3. Обухов М., прот. О некоторых этических сторонах ЭКО и т.н. «суррогатного материнства» // Церковно-общественный совет по биомедицинской этике. 01.08.2008. URL: http://bioethics.orthodoxy.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=73&Itemid=1.

4. Христианское отношение к экстракорпоральному оплодотворению : заявление Церковно-общественного совета по биомедицинской этике Московской Патриархии Русской Православной Церкви от 15.12.2010. URL: http://bioethics.orthodoxy.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=154&Itemid=14.

ЭВТАНАЗИЯ КАК ФИЛОСОФСКО-ПРАВОВАЯ ПРОБЛЕМА БИОЭТИКИ

ФОКИН Александр Дмитриевич
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет
Кафедра неонатологии и перинатологии
2 курс. Педиатрический ф-т
Науч. рук.: д-р мед.наук, профессор
ЧУМАКОВА Галина Николаевна

Парацельс говорил с глубочайшим уважением и даже восторгом: «В сердцах людей произрастает врач, от Бога происходит он, преисполнен он настоящего света, и высшая степень врачевания есть любовь». И еще: «Врач не смеет быть ни мучителем, ни палачом, ни слугой палача». Не зря дается клятва Гиппократова, в которой сказано: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла». Нет ни одной клятвы, где были бы обещания антигиппократовского звучания.

Проблема смерти в ее этическом измерении является чрезвычайно сложной и многоплановой. Смерть есть отрицание жизни как наивысшей ценности и в этом аспекте понимается как безусловное зло, поэтому стратегия жизни должна быть направлена на максимальное ее продолжение всеми доступными средствами – такова в общем виде «классическая» концепция смерти, выработанная в рамках западноевропейского рационализма.

При подготовке статьи мы поставили цель: раскрыть сущность проблемы эвтаназии с точки зрения медицинских, юридических, религиозных концепций. Для этого необходимо было решить следующие задачи: 1). Изучить медицинские и моральные аспекты эвтаназии;

2). Изучить юридические аспекты эвтаназии; 3). Определить ключевые правовые и моральные моменты в легализации эвтаназии.

«Краткий оксфордский словарь» даёт три значения слова «эвтаназия»: первый – «спокойная и лёгкая смерть», второе – «средства для этого», третье – «действия по её осуществлению».

Существует два вида эвтаназии: *пассивная эвтаназия* (намеренное прекращение медиками поддерживающей терапии больного) и *активная эвтаназия* (введение умирающему медицинских препаратов либо другие действия, которые влекут за собой быструю и безболезненную смерть).

Пассивная эвтаназия – это прекращение каких-либо действий по поддержанию жизни человека, при условии, что человек сам принял такое решение, (например, отключение аппарата искусственного дыхания).

Активная эвтаназия – это осуществление действий по ускорению смерти человека, согласно его собственного решения. Также активной эвтаназией можно назвать действия самого человека по ускорению собственной смерти. Так, например, специальная организация «Диньите» в Швейцарии предоставляет аппарат, который запускает в действие сам человек, нуждающийся в эвтаназии.

Активная эвтаназия на законодательном уровне разрешена только в трёх европейских странах: Бельгии, Голландии, Люксембурге, и в штате Орегон США. Но фактически в Швейцарии, при официальном запрете на эвтаназию на законодательном уровне, законодательство Швейцарии разрешает оказывать помощь при осуществлении самоубийства.

Впервые термин был использован в XVI в. Фрэнсисом Бэконом для обозначения «легкой», не сопряженной с мучительной болью и страданиями смерти, могущей наступить и естественным путем. Как отмечал Бэкон: «Долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнью...». В XIX в. эвтаназия стала обозначать «умерщвление пациента из жалости».

До начала Второй мировой войны идея эвтаназии была широко распространена в ряде европейских стран. Эвтаназия и евгеника пользовались высокой популярностью в медицинских кругах европейских стран, однако действия нацистов, такие как программа умерщвления Т-4, надолго дискредитировали эти идеи. В годы третьего рейха в фашистской Германии принудительной эвтаназии, то есть попросту убийству, подвергали в целях «очищения расы» пациентов психиатрических клиник. А со второй половины XX в. в мире вновь развернулась дискуссия вокруг легализации эвтаназии уже из соображений гуманности.

Мировое сообщество не поддержало подобное понимание гуманности в отношении больных. Законодательства практически всех стран мира солидарны в том, что с юридической точки зрения эвтаназия недопустима. Исключение составляет Северная территория Австралии, где эвтаназия официально разрешена законом. Также в Голландии, по каждому факту эвтаназии возбуждается уголовное дело, которое затем закрывается за отсутствием состава преступления. Кроме того, в штате Орегон (США) не

подвергаются уголовному преследованию медицинские консультации пациенту, намеревающемуся совершить самоубийство; в этом американском штате врач может выписывать пациенту, но не имеет права сам давать пациенту вызывающие смерть препараты.

В России эвтаназия запрещена. Согласно 45-й статье «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» эвтаназия представляет собой «удовлетворение медицинским персоналом просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни». Как далее формулирует 45-я статья, «лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Согласно 33-й статье «Основ» гражданин «имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения». Согласно этой статье, при отказе «гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия». Простой отказ от медицинского вмешательства не входит в смысловой объем понятия эвтаназии...

Так называемая «недобровольная» или «принудительная» эвтаназия, при которой пациента умерщвляют, даже если он не выражал просьбы об ускорении его смерти, однозначно квалифицируется законодательством РФ как убийство. В последнем случае в равной мере преступными являются как активные действия медперсонала, направленные на причинение смерти (т.н. «активная недобровольная эвтаназия»), так и неоказание необходимой помощи (т.н. «пассивная недобровольная эвтаназия»).

Рассматривая «эвтаназию» как «удовлетворение медицинским персоналом просьбы больного об ускорении его смерти», независимо от того, в активной или пассивной форме исполняется эта просьба, анализируя данное явление, мы исходим из того, что, согласно российскому законодательству, эвтаназия противоправна, поэтому мы пытаемся показать ее нравственную неприемлемость.

Прежде чем говорить про отрицательные черты эвтаназии, необходимо четко обозначить причины и источники ее зарождения.

Развитие современных биотехнологий, паллиативной помощи, реаниматологии и анестезиологии, дало возможность контролировать терминальные состояния больного, такие как: Клиническая смерть, Агония, Терминальная пауза, Шок 3 и 4 степени. Ранее медицина не могла дать такой высокой помощи и человек умирал. Но появление новых лекарств, методов лечения неизлечимых заболеваний позволило продлевать жизнь пациента сколь угодно долго.

Альтернативой эвтаназии становится паллиативная помощь. Латинское слово «pallium» означает «оболочка», «покрытие». Когда уже невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, когда достаточно скорая смерть пациента становится неизбежной, медик-профессионал обязан

перейти к тактике паллиативного лечения, то есть купирования, смягчения ее отдельных симптомов. Каждый врач произносил слова: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла». И когда врачи владеют всем арсеналом средств и методов паллиативной помощи, они имеют моральное право сказать умирающему: «Мы поможем тебе пройти через это!».

Пациенту может быть предоставлена возможность в эти месяцы и годы не одно лишь медикаментозное воздействие, а целый комплекс мер социальной и психологической поддержки. Умирающий пациент, избавленный с помощью грамотного паллиативного лечения от боли, имеющий возможность общаться с семьей и друзьями, способный даже в последние дни своей жизни на высшие духовные проявления, наверное, вполне искренне может сказать, что он счастлив. Благодаря наличию хосписов это стало возможным.

Хоспис – это учреждение, в котором умирающие больные получают психологический и медицинский уход, облегчающий им дни и недели, предшествующие смерти. Хоспис предназначен не просто для облегчения неизбежной смерти: он помогает жить (не существовать, а жить) до конца.

Можно ли говорить о положительных аспектах эвтаназии, которых мы не найдем, а тем более о ее легализации? Невозможно мыслить потребительским умом, будто бы человек это «колбаса» или «мешок с костями». Поднимая проблему легализации эвтаназии, мы наткнемся на прекрасные слова, такие как: гуманность и затраты со стороны общества в виде нагрузки как на физическую, так и эмоциональную сферу медицинских работников.

Все говорят о страданиях умирающего, о том, что смерть не должна быть мучительной. Но современный уровень паллиативной помощи позволяет нам продлить жизнь пациенту без страданий благодаря сильно развитой анальгезии. И вопрос стоит уже об оказании психологической помощи больному.

Путь эвтаназии не может быть гуманным – это убийство, геноцид, и лишает перспектив быстро развивающейся медицины. Появление эвтаназии делает невозможным поиск новых методик лечения тяжелых заболеваний и неизлечимых болезней.

Поэтому мы считаем, что неоднозначная трактовка проблемы эвтаназии требует составления мнений медицинских работников по вопросам паллиативной помощи, реаниматологии и насильственного мнения жизни больных.

Список литературы:

1. Антоний (Блум А.Б.; митроп. Сурожский). Жизнь. Болезнь. Смерть. М.: Зачатьев. монастырь, 1995. 115, [1] с.
2. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти / пер. с фр. Ронина В.К. М.: Прогресс : Прогресс-академия, 1992. 526,[1] с.

3. Введение в биоэтику: учеб. пособие / А.Я. Иванюшкин и др. М. : Прогресс-Традиция, 1998. 384 с.
4. Зильбер А.П. Трактат об эйтаназии, содержащий рассуждения о лёгкой безмятежной смерти, обдуманые и написанные автором в часы, свободные от забот по продлению жизни. Петрозаводск : Изд-во Петрозавод. гос. ун-та, 1998. 463 с. : ил., портр.
5. Лаврова Т. Этика общения с умирающим больным : реф. URL: <http://www.ref.by/refs/68/27328/1.html>
5. Лопастейский Д.С. Отношение врачей и пациентов к эвтаназии в современной России : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2006.
6. Низова А.В. Проблема смерти в биоэтике и Православной традиции : автореф. дис. ... канд. филос. наук. Тула, 2007. 22 с.
7. Першин М., диакон. За гранью эвтаназии: легко ли «легко умирать»? Портал «Православие.RU. Интернет-журнал /Общество. 6 дек. 2004 г.
8. Першин М., диакон. Эвтаназия: убийство или акт милосердия? : Телепрограмма «Православная энциклопедия» 05.05.07 (комментарий в свете веры). URL: <http://www.sedmitza.ru/text/410039.html>
9. Харди И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными / пер. с венг. М. Алекса. Будапешт : Изд-во Акад. наук Венгрии, 1988. 338 с. : ил.

ФЕНОМЕН «СЛОЖНОГО» ПАЦИЕНТА

ХАЧАТУРЯН Ани Викторовна,
МАРГАРЯН Анна Аликовна
 Архангельск, Россия
 Северный государственный медицинский университет
 Кафедра гуманитарных наук
 3 курс. Стоматологический ф-т
 E-mail: anikhachaturuan@mail.ru
 Науч. рук.: канд. филос. наук, зав.каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

Вся медицина сориентирована на помощь тем, кто в ней нуждается. Именно для этого мы, медики, и существуем. Но есть одно принципиальное отличие нашей работы от остальных технологических и производственных работ. Дело в том, что медицинский работник имеет дело не с изолированным набором симптомов и синдромов, в которых надо разобраться и попытаться внести коррективы. Ко всему этому прилагается очень существенное дополнение – личность пациента. Эта личность порой доставляет намного больше хлопот, чем болезнь, которую она принесла с собой в кабинет врача. Казалось бы, ничего сверхсложного: пациент пришёл, изложил суть проблемы, доктор назначил необходимые исследования, получил их результаты и назначил лечение. Пациент, в свою очередь, прошёл исследование, принёс результаты и начал лечение. Но не всё так просто!

Конфликты и трения могут возникнуть на любом этапе. «Почему у вас тут такие огромные очереди? Почему Вы не в состоянии наладить

нормальную работу в своём учреждении?!», «Почему Вы отказываетесь внимательно меня выслушать? Я Вам ещё не всё рассказала! Ну и что, что я пришла за пять минут до окончания смены — мне же плохо!», «Почему мне не открывают больничный, у меня же сильный насморк!» — начинается нервотрёпка, жалобы главному врачу, в городской и областной департамент здравоохранения, дальше в министерство, может и в прокуратуру, суд и средства массовой информации — пусть все знают, кому мы доверяем своё здоровье!

Давайте попытаемся отбросить в сторону эмоции и ответить на два извечных вопроса: кто виноват? и что делать? Какие же причины чаще всего лежат в основе такого поведения пациента?

Лучше всего начать с самих себя, то есть с медиков. Так получается, что, несмотря на санитарно-просветительную работу и попытки популяризовать медицину, эта сфера все же остаётся не самой понятной для стороннего человека. И то, что очевидно для специалиста, не всегда является таковым для всех остальных. И если быть честными — многие ли из докторов находят время для того, чтобы доступно растолковать пациенту, что с ним случилось, почему решено назначить именно такое обследование и именно такое лечение? Почему в аннотации на лекарство описаны такие серьёзные побочные эффекты, а его, тем не менее, назначили? Почему больничный можно выдать только на определённое количество дней? Эта недосказанность порождает у кого недоверие, а у кого-то — ощущение того, что от них что-то скрывают.

Теперь поразмышляем о пациентах. Тут причин для конфликта и капризов может быть намного больше. Во-первых, состояние, в котором находится больной. Неважно, какой он человек изначально — в данный момент он страдает. А страдание, особенно которое длится месяцами и годами, мало способствует улучшению характера и философски-отрешённому взгляду на жизнь. Ему и так плохо, а тут ещё поликлиника, больница, постоянные очереди, и мало кто желает вникнуть и посочувствовать!

Во-вторых, способ психологической защиты, которым человек обычно неосознанно пользуется. У сложных пациентов преобладают обвинительные защитные реакции. Иными словами, в его бедах виноваты все вокруг, но ни в коем случае не он. «Говорите Минздрав предупреждал? Плохо предупреждал, невнятно, неточно. Хочу быть как новенький!»

Злую шутку с нашим населением сыграло правило «клиент всегда прав». Но медицина всё-таки имеет отличие от сферы торговли и прочих услуг. К тому же, между понятиями «клиент» и «пациент» имеется существенная разница. Определённую роль играет и отказ таких пациентов понимать, что процесс лечения — это обоюдные усилия врача и самого больного. Организм, к сожалению, это не автомобиль, который можно отвезти на ремонт и пойти попить кофе, пока слесарь ломает голову. Болезнь, особенно хроническая, чаще всего зарабатывается человеком не за один день, а за довольно

продолжительное время. Логично предположить, что и на процесс лечения придётся потратить и время, и усилия.

Мы добились всеобщей грамотности, но, как бы странно это не звучало, некоторых из нас она погубит. Пациенты теперь сами устанавливают себе диагноз и подбирают лечение, проведя несколько часов за чтением популярных журналов о здоровье или в Интернете. Только вот непонятно, зачем учиться столько лет в ВУЗе?!

Не стоит забывать о том, что черты характера некоторых пациентов могут быть заострены до степени психопатии. Такие люди не могут не конфликтовать, вне зависимости от того, как прошёл приём, внимателен ли был доктор и что было назначено. Они ищут повод для скандала, и всегда его найдут.

Часто врачи и медперсонал недовольны пациентами за лишние расспросы, за то, что те обращаются «по пустякам», давая понять, что со своими просьбами они слишком навязчивы. И пациентам приходится довольствоваться помощью, оказываемой друг другу, они «добывают» информацию о крайне важном для них – о результатах своих анализов, прогнозе заболевания и т.п.

Страх, зависимость от персонала, расставание с семьёй и друзьями, невозможность побыть одному, а главное, ограничение чисто человеческих прав – причины стресса у больничных пациентов.

«Хорошие» и «плохие» пациенты

Попадая в больницу, пациент считает, что персоналу будет приятнее, если стать незаметным и вести себя «как следует», то есть пассивно. В случаях, когда многие пациенты принимают роль «хорошего» пациента, они подавляют свое естественное желание более активно включиться в процесс лечения. Но «хороших» пациентов персонал обычно любит больше, так как они уступчивые, без жалоб, облегчают персоналу работу.

Что же касается поведения «плохих» пациентов, которые не могут или не хотят подавлять свои желания, испытывают раздражение и недовольство, оно может расцениваться как непослушание. Это и придирки к медсестрам, курение в палатах, частые просьбы и требование уделять им больше времени, нарушения больничных правил.

Поведение «хороших» пациентов может быть удобно для персонала, но для пациента оно не всегда полезно. И наоборот.

Каковы же последствия «хорошего» поведения? Во-первых, беспомощный пациент не будет активно пытаться улучшить свое состояние, может не сообщить о новых болях, так как будет считать, что он не в силах влиять на процесс выздоровления. Во-вторых, сама по себе беспомощность пациента может подавить способность принятия решений: скорее всего, он не сможет или не захочет принимать участие в процессе лечения, даже если попросят. В-третьих, у беспомощных пациентов проблемы могут возникать после выписки из больницы. Много будет зависеть от длительности пребывания в больнице и от дальнейшей обстановки в семье. У «бывшего» пациента могут возникнуть новые трудности и ему, возможно, придётся

самому заботиться о себе. Поэтому иногда бывшие «хорошие» пациенты неохотно расстаются с больницей даже после длительного пребывания.

Если у «хороших» пациентов резервы адаптации при длительной госпитализации исчерпываются, не лучше ли быть «плохим» пациентом, который быстро на все реагирует, не желает становиться беспомощным, пытается не утрачивать контроля над ситуацией, позволяет себе выразить недовольство, добывать информацию и требовать более внимательного отношения к себе?

Конечно, это часто идет наперекор с заведенным порядком. А когда таких пациентов считают «плохими» и они начинают чувствовать, что их игнорируют, у них появляется подозрение, что оказывается некачественная помощь. Так появляются возмущения и негативное эмоциональное и физическое состояние пациента. И если не обращать внимания на действительно важные жалобы, то страдает состояние здоровья пациента, ухудшаются условия лечения. Но «плохие» пациенты могут иметь и ряд преимуществ, так как они стремятся контролировать ситуацию – может повышаться эффективность в принятии решений, они лучше адаптируются к новым условиям после выписки.

Готовы ли вы взаимодействовать с врачом?

Многие хотят знать о том, что делает врач, каковы анализы и что они означают. Но есть люди, которым это не нужно. Одни предпочитают лечиться самостоятельно, другие обращаются к специалистам, некоторым нравится дружеское общение с врачом, а другие предпочитают чисто деловые отношения с ним. Все это зависит от множества причин: от особенностей характера пациента, от опыта лечения имевшихся ранее заболеваний и общения с медицинским персоналом, безусловно, от воспитания и имеющихся медицинских знаний.

Почему пациенты не хотят выполнять предписания врачей?

Прийти к врачу и не лечиться – это нелогично. Но врачи знают «тайну» непрогнозируемых результатов лечения – **когда лечение назначено правильно и должно было бы помочь пациенту, но почему-то не помогло.** Почему? Все просто – очень часто пациенты сами не хотят лечиться.

В ходе беседы с врачом выясняется, что уколов вместо десяти сделано только три, потому что пациент не переносит боль, а на физиопроцедуры ездить слишком далеко и поэтому их вообще не было, а когда врач спрашивает, делал ли пациент что-либо, ему с гордостью отвечают, что из назначенного принималось два наименования таблеток из пяти необходимых и применялась мазь, к тому же по совету соседа пили отвар полевых трав и купленные на каком-то рынке гомеопатические препараты. Но в неудаче, конечно же, виноват врач с его неправильно назначенным лечением.

Всё вышеописанное – это реальные жизненные ситуации, а не плод нашей фантазии.

В 1984 г. итальянские психологи Ди Маттео и Ди Никкола провели масштабные исследования по теме, как выполняются предписания врачей.

Статистика, которую они получили, вызвала сильное удивление: оказалось, что половина пациентов, даже когда им совсем плохо, не принимают многих прописанных лекарственных препаратов, не приходят на назначенные процедуры и не соблюдают многие другие рекомендации.

По оценкам исследователей, процент людей, не исполняющих предписания их лечащих врачей, в наши дни стал намного выше. К тому же, ситуация осложняется тем, что способов, которыми можно свести эффект от посещения доктора к нулю, становится больше. Если раньше пациенты просто не покупали нужный препарат или принимали лекарства, нарушая режим, то сейчас к услугам доверчивых больных появились аптечные консультанты, советующие «почти» то же самое, но подешевле, и мировая глобальная сеть – Интернет – с его многочисленными способами «сделать еще лучше, чем порекомендовал доктор».

Мы задаёмся вопросом: «Почему пациенты так себя ведут и что заставляет их так себя вести?» С одной стороны, виноваты отсутствие контакта с врачом и недоверие к медицине в целом, а с другой – наши собственные недостатки: лень, безответственность и вера в медицинские мифы.

Проблемы взаимоотношений врача и пациента

Самый лучший способ быстрее разобраться в сложившейся проблеме, это – самоанализ. В чём может быть вина врача, если его пациенты не желают лечиться по его назначениям?

Как ни странно, люди склонны бояться последствий лечения больше, чем болезни, им легче не верить в успех или отрицать серьёзность заболевания, чтобы не впасть в панику. Человек склонен к «убеганию» от проблемы, особенно, если болезнь серьёзна или, тем более, если неизлечима. В такой ситуации именно от врача зависит, хочет и может ли он найти подход к пациенту.

Известно, что эффективность лечения и доверие к специалисту взаимосвязаны – назначения семейного или вызывающего уважение врача обычно выполняются куда ответственнее, чем в случаях, когда врач недоброжелателен в отношении к больному и пренебрегает этикой – это сразу вызывает внутренний протест и нежелание серьёзно относиться к рекомендациям. Преодолеть этот протест может только природная исполнительность пациента или непоколебимая вера в то, что доктор прекрасно знает свое дело.

Большинство врачей в существующей системе здравоохранения придерживаются определённых стандартов. По существующим нормативам врач не имеет возможности проводить с каждым пациентом часовые разъяснительные беседы, искать индивидуальный подход, даже, если появляется такое желание. В практике поликлинического приема уложить первичный осмотр, заполнение документации и формирование доверительных отношений в сложившийся норматив «8 минут на пациента» нереально.

Пациент не всегда прав

Многим пациентам лечиться мешает собственная лень: им лень организовать время так, чтобы не забыть принять лекарство, пойти на процедуры и, тем более, сидеть в очереди. Других отталкивают от лечения малейшие трудности – неудобное расписание работы врача, отсутствие лекарства в ближайшей аптеке и т.д. Осознание того факта, что раз уж заболел, то нужно приложить усилия к выздоровлению, доступно крайне не всем. В последнее время родственники отказываются лечить стариков, потому что это хлопотно, да и сами пациенты в последнее время высказываются, что лучше жить с болезнью, но без напряжения.

Существует категория людей, которые из-за безграмотности не понимают, как нужно себя вести во время болезни. Не все знают элементарные правила гигиены, которые являются основой для сохранения нашего здоровья. Большинство людей не читают и не выполняют инструкций, даже самые безобидные побочные эффекты служат поводом к отмене препарата (и не факт, что врачу об этом сообщается), а улучшение является поводом забросить лечение.

Кроме того, нельзя забывать, что болезнь – это, как минимум, стресс и, нередко, серьезные физические страдания. В такой ситуации не все люди способны мыслить и действовать адекватно. При болезненном длительном, иногда, пожизненном лечении практически у любого человека возникает желание бросить всё. Без поддержки со стороны врача и близких таким больным проще отказаться от лечения, чем преодолевать трудности.

Свой вклад в нежелание нормально лечиться вносят полуграмотная журналистика и любовь СМИ к простым и неправильным сообщениям в области медицины. Именно они породили большинство медицинских мифов и фобий, когда пациент ждёт чудесного излечения одной таблеткой, люди стали бояться слова «антибиотик», врачи кажутся пациентам «вредителями». Установка «лечимся, пока плохо» является разновидностью медицинской безграмотности. Пациенты готовы принимать лекарства, только пока сохраняются неприятные симптомы. Даже в условиях стационара, в среднем через 5–7 дней без контроля со стороны персонала, начинаются несоблюдения назначений. Причина очень проста и она кроется в психологии: ведь если налицо улучшение, тяжело ограничивать себя в чем-то и испытывать неудобства, соблюдая режим.

Но самая главная причина, от которой всё начинается – безответственность. Ведь врача, который не вызывает доверия можно сменить, то, что показалось непонятным – переспросить, замену препарата согласовывать не с продавцом из аптечного киоска, а с лечащим врачом. Тот, кто не ценит собственное здоровье, никогда этого не сделает.

Итак, подведем итоги. По данным исследований, примерно в 50% случаев необъяснимых неудач в нормальном лечении, пациент либо просто не принимал лекарства, либо делал это неверно. 25% относят на долю невыполнения других рекомендаций (диета, режим сна, гигиены, стрессы и т.д.). 12% – генетически и экологически обусловленные причины. Причины

8% необъяснимых неудач в лечении связаны с медицинской службой (врачебные ошибки, ошибки медсестер, отсутствие санитарок, несвоевременные приезды скорой, качество питания в стационарах, отсутствие там горячей воды и т.д.). 5% – оставшиеся причины.

Виновного в неуспехе адекватно назначенного лечения достаточно легко найти, просто нужно взглянуть в зеркало. К сожалению, даже если все врачи будут внимательны и дружелюбны, станут подробно объяснять причину назначения определённых лекарственных средств и их возможные побочные эффекты, все равно, половина пациентов не будет следовать их рекомендациям – до тех пор, пока не изменят своего отношения к здоровью и лечению.

Спокойствие, только спокойствие

Второй важный вопрос – что же делать? Прежде всего, помнить, для чего вы пришли в медицину. И не надо говорить, что зарабатывать большие деньги, ведь это не единственная и не главная причина. Ваша главная цель – помочь. И необходимо постараться делать это не как одолжение или снисхождение, а легко и от души.

Не ленитесь лишний раз всё объяснить пациенту: что с ним происходит, как это переводится с медицинской терминологии на доступный пациенту язык, для чего необходимо столько анализов и почему назначено именно такое лекарство, а не то, в красивой коробочке и подороже. Чем меньше недосказанности и недопонимания – тем меньше поводов для недоверия и конфликтов.

Если пациент грубит и скандалит, не опускайтесь до его уровня и не начинайте грубить и скандалить в ответ, ваш путь к успеху – вежливость и корректность. Проявите профессионализм, сумеете провести демаркационную линию между невоспитанным хамом и больным, обратившимся за помощью. Вот с этим больным и общайтесь, бережно, ласково, как с капризным, но отчего-то любимым ребёнком.

Список литературы:

1. URL: <http://medportal.ru/budzdorova/things/1422/>
2. URL: <http://lechebnik.info/615/8.htm>
3. Спринц А.М., Михайлова Н.М., Шатова Е.П. Медицинская психология с элементами общей психологии : учебник. 2-е изд., испр. и доп. СПб. : СпецЛит, 2009.

ВНЕШНИЙ ВИД ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА НА ПРИЕМЕ

ХВОРОСТИНИНА Тамара Сергеевна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Стоматологический ф-т
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

Все хотя бы раз в жизни были у врача-стоматолога и далеко не для всех это прием был удачным. Многим, а особенно детям, этот врач кажется чуть ли не самым страшным. К сожалению, это чувство остается почти на всю жизнь, хотя на самом деле так не должно быть. Впечатление «о приеме» зависит от очень многих причин. И в частности от того, как вел себя врач с Вами, от его манеры общения и от того, как выглядел сам врач. Кому будет приятно, если оказавшись на приеме у врача, вы увидите, что у него весь халат в грязных пятнах (в крови в частности), а медицинская шапочка помятая? И так можно продолжать очень долго.

Тогда я решила провести микроисследование, целью которого стало выяснение, чем должен обладать врач-стоматолог, кроме его научных знаний, практических навыков и умений, чтобы не испугать пациента и оставить хорошее впечатление о процессе лечения.

Для этого необходимо было решить задачи: проследить историю развития «формы для врачей»; провести опрос среди пациентов нашей стоматологической поликлиники о внешнем облике современного врача-стоматолога; проанализировать соответствие результатов опроса с действующими нормами *СанПиН*.

Очень немногие, за исключением студентов-медиков и врачей, знают, откуда берет свое начало знаменитый белый халат и какие преобразования он претерпел в процессе эволюции. Точка отсчета с момента появления белого халата берет свое начало еще в Древнем Риме.

Известно, что во время эпидемий римские врачи для посещения больных облакались в особого покроя длинные платья. Лица их были закрыты, чтобы они не вдыхали заразы. На нос был надет длинный клюв, наполненный благовонными веществами. В руках, облаченных в перчатки, они держали длинную палку, которой указывали, чем больной должен пользоваться и что принимать. Этим они ограждали себя от заразы и могли, не подвергая свою жизнь опасности, оказывать больным требуемую помощь. По всем улицам Рима бегали одетые таким образом врачи, вид которых был до того страшен, что дети обращались от них в бегство.

Похожий костюм носили врачи Европы во время эпидемий чумы, но с некоторыми дополнениями.

В средневековой Европе существовала строгая профессиональная и социально-правовая градация между врачами, которые получали медицинское образование в университетах и занимались только лечением внутренних болезней, и хирургами, которые научного образования не имели,

врачами не считались и в сословие врачей не допускались. Между врачами и хирургами шла неустанная борьба. Соответственно, костюмы врача, представлявшего официальную медицину того времени, и ремесленника-хирурга значительно отличались. Первые были облачены в дорогие мантии, украшенные драгоценными камнями. Знаменитый целитель и алхимик Парацельс, отражая всеобщее мнение, писал, что врачу подобает, кроме соответствующей одежды, носить на руках кольца с драгоценными камнями. Золотое кольцо, плащ из черного драпа и малиновую шапочку вместе с дипломом доктора медицины, по обычаям своего времени, получил величайший гуманист и писатель Франсуа Рабле.

Одежда хирургов отличалась длиной, а сами эти врачи имели право выполнять наиболее сложные хирургические операции. Хирурги второй категории, «короткополые», были в основном цирюльниками и занимались относительно простыми операциями: удалением зубов, кровопусканием и тому подобным.

И все же в Средние века одежда врача или аптекаря ничем особо не отличалась от одежды ученого, богослова или простого, но зажиточного горожанина. Главным при ее выборе было стремление подчеркнуть свою значительность и состоятельность. Постепенно, на смену впечатляющим мантиям и драгоценностям, как неизменным атрибутам ученого-врачевателя, пришел обычный сюртук. Вот тут-то, чтобы выделиться, эскулапам пришлось поломать голову, но вскоре был найден простой выход. Врачи стали ходить в больницу в одном и том же грязном сюртуке, забрызганном кровью. Такое постоянство отнюдь не являлось свидетельством их бедности, а, наоборот, было предметом гордости и служило доказательством большого опыта и востребованности владельца этого сюртука.

Взгляды на профессиональную одежду для врачей в XIX в. претерпели существенные изменения. Пышные мантии и заляпанные кровью сюртуки сменила одежда, выполняющая принципиально другие функции. Главными критериями ее пригодности стали гигиеничность и удобство. Во второй половине XIX в. докторский халат вошел в повседневную практику врачей. Слово «халат» заимствовано из арабского (hīl at – почетное платье). Впервые в мире для врачей и среднего медицинского персонала белый докторский халат предложил Карл Андреевич Раухфус – врач-педиатр.

В 1886 г. в госпитале Джона Хопкинса (США) военный врач Бладгут ввел резиновые перчатки для защиты рук хирурга от инфекции.

Современный операционный костюм – свободного покроя рубашка и брюки синего, зеленого и светло-коричневого цвета – появился в начале 1980-х гг. в клинике Вишневого в Москве. Белый цвет операционных костюмов используется редко, так как вызывает быструю усталость глаз. Даже при выборе кафеля для операционных предпочтение отдается темным или спокойным светлым оттенкам. Например, в клинике Купреянова в Военной медицинской академии, есть зеленая и голубая операционные,

названные по цвету кафеля. Часто предпочитают черные операционные, так как происходит поглощение яркого отблеска от ламп.

Сегодня, когда интерес к костюму врача растет, и этой теме посвящено немало статей и телевизионных передач, все единогласно сходятся в одном: аккуратная профессиональная врачебная одежда – белый халат, служит основой доверия к врачу пациентов.

А кольцо в носу у медработника признанно лучшим способом подорвать врачебный авторитет. Это очередной раз подтверждает тот факт, что по «одежке» не только встречают, но и делают вывод о профессиональном уровне специалиста.

Мы только что с вами узнали, как выглядели врачи раньше. Зрелище не из приятных, и к счастью, сейчас в больницах и поликлиниках мы уже не встретим «длинные платья и клювы». Но даже сейчас существуют определенные нормы, которых врачи должны придерживаться при выборе халата или костюма. Все эти нормы и критерии представлены в таком документе как *СанПиН* (Санитарные правила и нормы). В них прописано все, что должен иметь врач, находясь на рабочем месте:

- *У каждого врача должен быть комплект сменной одежды, шапочек, масок и сменной обуви.*
- *Храниться это все должно в отдельных двухсекционных шкафчиках вне кабинетов приема.*
- *Работать в медицинских халатах (костюмах), шапочках, очках (щитках), масках, сменной обуви, перчатках.*
- *Верхняя одежда персонала хранится в гардеробе, либо в шкафах вне производственных помещений.*

Вот примерно так должен выглядеть любой врач, в том числе и врач-стоматолог. Очень многие зададутся вопросом, а зачем столько предметов? Ведь именно все эти предметы и делают врача таким «устрашающим на первый взгляд».

Но это не просто слова, все необходимо для обеспечения безопасности пациентов и врачей. И, к сожалению, не все это понимают.

Мой микро-опрос сейчас идет. Из 50 запланированных респондентов опрошено 15 человек. Им были предложены вопросы:

1. Как выглядел ваш врач? (соблюден ли СанПиН).
2. Довольны ли вы его внешним видом?
3. Придете ли на прием в следующий раз?

Анализ результатов опроса будет представлен на следующей конференции.

V. Неклассические проблемы медицины

ГИРУДОТЕРАПИЯ. ПОЯВЛЕНИЕ МЕТОДА В МЕДИЦИНЕ

ГЛОТОВА Таисия Александровна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: glotova.taisya@yandex.ru
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

Гирудотерапия, или метод лечения с применением медицинских пиявок, имеет многовековую историю, является вполне безопасным и уникальным средством для лечения разного рода заболеваний. Гирудотерапия не перестает быть актуальной и в наше время. Но всегда ли это было так? И как получилось, что люди начали использовать этих существ в лечебных целях?

Цель работы: оценить практическое значение применения метода гирудотерапии в разные периоды развития в истории.

Задачи:

1. Изучить теоретический материал по выбранной теме.
2. Определить особенности применения данного метода в разные исторические периоды.
3. Проанализировать полученные сведения.

Лечение пиявками в древнем мире. Когда и где врачеватели начали применять пиявки в своей практической деятельности? Вероятно, еще древние люди абсолютно случайно заметили положительный эффект, который следовал за укусом пиявки [4].

В некоторых источниках упоминается, что гирудотерапию начали впервые использовать в Египте. При раскопках в усыпальницах древних фараонов, археологами была обнаружена интересная роспись, на которой был изображен лекарь, помещающий пиявку на теменную область головы умершего правителя. В Египте гирудотерапия являлась действенным средством для лечения урологических заболеваний, восстановлением бесплодности. Пиявка у многих народов связана с продолжением рода. Хорошо известна легенда о Клеопатре, которая не могла забеременеть. Для неё было важно родить наследника от знаменитого Цезаря. Царица обращалась к самым искуснейшим врачам, но их советы не помогали. Тогда царица попросила помощи у неизвестного врача Клеомана. Он посоветовал царице пройти курс лечения пиявками, и через некоторое время Клеопатра забеременела. В благодарность за рождение сына, Клеопатра распорядилась изображать этих невзрачных, но целебных существ на стенах гробниц.

Известно, что древние врачеватели использовали жильное кровотечение и кровоотсосные банки (кожу рассекали, и с помощью банки производили отсасывание крови) и кровопускание с помощью пиявок – бделлотерапию

(гирудотерапия с греч.). Пиявки давали хороший терапевтический эффект, были вполне безопасны, но отрицательным моментом считалась невозможность быстро остановить кровотечение после укуса пиявки [3].

Упоминания о пользе пиявок встречаются в персидских, древнееврейских и древнеиндийских текстах. Древнеримский естествоиспытатель Плиний Старший, живший в I в. н.э., в своем труде «Естественная история» составил подробное описание пиявок. Он был первым, кто в эпоху Античности обратил внимание на положительные изменения в организме человека, возникающие в результате применения этих червей. Ученый указывал, что пиявки помогают при «ломоте и всякой лихорадке». После Плиния изучал способы применения кровососущих пиявок известнейший римский врач Клавдий Гален (131–200 гг.). Положительно отзывался о кровопускании посредством прудовых пиявок и другой врач Древнего Рима – Аэций (335–454 гг.) [4].

Таджикский медик и философ Ибн Сина (Авиценна) считается одним из величайших светил средневековой восточной медицины. В самом значительном из своих сочинений – «Каноне врачебной науки» Ибн Сина подробно рассматривает вопросы гирудотерапии, рекомендует гирудотерапию при туберкулезе, сотрясениях мозга, истериях и эпилепсии. Считается, что это одна из самых первых научно-значимых работ в области гирудотерапии [4].

Известно, что персидская пиявка изображалась в виде двустороннего существа: одна сторона – темная, другая – светлая.

Китайские медики добавляли к этому заключенное в этом существе единство двух Начал: «инь» и «ян»; в одном из китайских трактатов есть строки: «древняя пиявка была опорой мира, обеспечивающей его как материалом, так и энергией, будучи причиной и воображением, а также некой силой мрака» [1].

Гирудотерапия как метод лечения в средневековье. «Темные века» или раннее средневековье – период, когда гирудотерапия переживала не лучшие времена. Многие знания, накопленные к тому времени, были забыты, уничтожены, или поставлены под сомнение. Церковь запретила использование пиявок в лечебных целях. Поэтому гирудотерапия сохранилась лишь в среде сельских врачей. Многие области знаний пришли в упадок. Известно, что даже тогда лечение пиявками не прекращали использовать, но развиваться эта область знаний не могла.

В эпоху Возрождения медики вернулись к приемам гирудотерапии. В XIV в. во время эпидемии чумы в Европе было предложено использовать пиявки в качестве профилактического средства. В XVI столетии лечение пиявками утвердилось в Великобритании, отчего английских врачей называли leeches (пиявочники) [4].

Гирудотерапию применяли при болезнях сердца, одышке, головокружении, бесплодии и даже при ожирении. Последнее было очень актуально. Ведь Эпоха Возрождения – это не только расцвет искусств, но и культ обильной еды, а значит и избыточной массы тела. Негативные

последствия ожирения сказывались на здоровье незамедлительно (проблемы с сердцем, развитие других заболеваний). Маленькие кровососущие существа помогали людям худеть, и они теряли в весе до нескольких килограммов. Об этом написано в старинных рукописях, найденных при раскопках библиотек той поры.

Поиск других областей, где можно применить пиявки не заканчивался, и в 1665 г. Иероним Нигрисиоли издал сочинение под названием: «О приставлении пиявок к внутренним частям матки». Так использование гирудотерапии закрепились в гинекологии.

Применение гирудотерапии как метода лечения в XVIII–XIX вв. Эти века – период расцвета данного метода лечения. Тогда пиявки были важной частью дохода государственной казны, в экспорте России они занимали место наравне с зерном. В 1830-х гг. с лечебными целями в России использовали до 30 млн. пиявок в год, а около 70 млн. вывозили в Западную Европу. Известен факт, что девушки, готовясь к балу, приставляли пиявки за уши, чтобы на щеках появился легкий румянец, а в глазах – блеск, при этом девушки во время танцев долгое время не утомлялись (в дальнейшем выяснилось, что причиной таких проявлений был выброс эндорфинов – гормональных веществ, вызывающих приподнятое настроение). Этот метод лечения был довольно популярен во Франции. Из записок Наполеона известно, что только из Венгрии в течение года было импортировано 6 миллионов пиявок для лечения солдат наполеоновской армии [4].

Пиявок применяли и при попытке спасти жизнь А.С. Пушкину после тяжелейшего ранения. В.И. Даль, принимавший участие в его лечении, писал: «С утра пульс был крайне мал, слаб, част, – но с полудня стал он подниматься, а к 6-му часу ударял 120 в минуту и стал полнее и тверже; в то же время начал показываться небольшой общий жар. Вследствие полученных от доктора Арендта наставлений приставили мы с доктором Спасским тотчас 25 пиявок и послали за Арендтом. Он приехал, одобрил распоряжение наше. Больной наш твердою рукою сам ловил и припускал себе пиявки и неохотно допускал нас около себя копать. Пульс сделался ровнее, реже и гораздо мягче...» [2].

В XIX в. Н.И. Пирогов, великий русский врач и диагност, работая в условиях военно-полевого госпиталя над последствиями огнестрельных ранений, применял лимфодренажные, противоотечные, капилляротрофические и кровоостанавливающие свойства пиявок.

В том же веке знаменитый русский клиницист Г.А. Захарьин впервые обнаружил, что действие пиявок обеспечивает не только кровоизвлекающий, но и отвлекающий эффект. Он описал случай с 40-летней больной с сильным носовым кровотечением, у которой небольшое геморроидальное кровоизвлечение «остановило кровотечение и облегчило голову, и притом так быстро, так резко, что приписывать это случайности значило бы закрывать глаза перед очевидностью, заявить свою неспособность к наблюдению». В ходе всей своей медицинской практики Захарьин использовал лечение пиявками (на протяжении 45 лет!). Профессор доказал

важность правильного применения медицинских пиявок. Во многом именно благодаря его стараниям гирудотерапия получила свое развитие, и наступил новый этап научного изучения биохимического состава слюны пиявок [3].

В 1990 г. было создано Всемирное общество гирудологов, в 1991 г. был проведен первый Всемирный конгресс по использованию пиявок в медицине, медицинская пиявка занесена в Реестр лекарственных средств РФ и является лекарственным средством [4].

Подводя итоги, нельзя не заметить, что отношение к гирудотерапии, как к методу терапии, не всегда было однозначно положительным. Я уверена, что и сейчас к данному методу лечения относятся с некоторым предубеждением. В своей работе хотелось указать на значимость применения гирудотерапии, на повсеместное использование ее в практической деятельности на протяжении столь длительного периода времени. У каждого вида терапии есть свои плюсы и минусы, но, может стоит обратить внимание на метод, имеющий столь богатую историю?

Список литературы:

1. Геращенко Л. Все о пиявке. Гирудотерапия разных типов людей. СПб.: Питер, 2007. 256 с.
2. Даль В.И. Смерть А.С. Пушкина // Московская медицинская газета. 1860. 3 дек. С. 1.
3. Лечение пиявками. Золотые рецепты гирудотерапии / сост. Н. Ольшевская. М.: Сова, 2009. 128 с.
4. Павловская М. Пиявки. Лечение. М.: Нация, 2008. 33 с.

ПРОБЛЕМА СУИЦИДА В ПСИХОТЕРАПИИ

ЖОЛНЕРОВИЧ Владимир Юрьевич
Россия. Архангельск
САФУ им. М.В. Ломоносова
3 курс. Отделение социологии
e-mail: V-919-A@mail.ru

**Науч. рук.: ассистент каф. политологии и социологии САФУ
НАЗАРЕНКО Александр Павлович**

Изучение суицида и диагностика суицидального поведения не теряет своей актуальности в современное время. Проблемой суицида профессионально занимается психотерапия. В России немного специалистов-психотерапевтов, которые осуществляют психотерапевтическую помощь, тем более в таких серьезных случаях, как суицид.

Цель статьи – актуализировать те проблемы, которые могут возникнуть у психотерапевта в ходе работы с суицидальными пациентами.

Данная статья посвящена изучению проблем, с которыми сталкивается психотерапевт при работе с суицидальными пациентами. Прежде всего, проблемы носят амбивалентный характер. Условно эти проблемы можно

разделить на две группы: 1) проблемы, которые связаны непосредственно с психотерапевтической деятельностью и имеющимися знаниями в профессиональной области; 2) проблемы, причинами которых является сам пациент.

Проблема суицида и диагностика суицидального поведения не теряет своей актуальности в современное время. Суицид – одна из ведущих причин смертности в мире, прежде всего, в трудоспособном, молодом возрасте. Уровень самоубийств среди российских подростков в настоящее время является одним из самых высоких в мире. Самоубийства подростков в России занимает третье место среди основных причин потенциальной потери жизни [5].

Из вышесказанного видно, насколько актуальна суицидальная проблематика. Её рассмотрением занимаются не только медики, но и социологи, психологи. В статье будут рассмотрены основные теоретические подходы к изучению суицида в психологической традиции, а также анализ проблем, возникающих при проведении психотерапии суицидальных пациентов. Поскольку психотерапия наследовала обширную психологическую традицию, то необходимо обратиться к её основным идеям к изучению суицида.

Теоретические подходы к пониманию суицида. Формат статьи не позволяет сделать подробный обзор всех концепций, но, тем не менее, необходимо упомянуть наиболее известные подходы к пониманию суицида в психологии, чтобы понять, как теория может помочь психотерапевту при осуществлении своих практик.

Зигмунд Фрейд (1856–1939) в своей работе «Печаль и меланхолия» (1910) [3] анализирует суицид на основании представлений о существовании в человеке двух основных влечений: Эроса – инстинкта жизни и Танатоса – инстинкта смерти. Фрейд считал, что суицид совершается под сильным влиянием Танатоса, а именно агрессией. Совершая аутоагрессивный поступок, человек убивает в себе объект любви, к которому испытывает амбивалентные чувства.

Последователь направления психоанализа, известный американский ученый Карл Меннингер (1893–1990) усовершенствовал взгляды З. Фрейда о суициде. Он исследовал глубинные мотивы самоубийства [1]. Меннингер говорил, что суицидальная мотивация руководствуется тремя потребностями: желанием убить, желанием быть убитым и желанием умереть.

Карл Густав Юнг (1875–1961) выделяет основной фактор суицида [7]. По мнению швейцарского психолога, к нему относится бессознательное стремление индивида к духовному перерождению. Такое стремление к перерождению объясняется реальностью архетипа, прежде всего, архетипа коллективного бессознательного. Оно может принимать пять форм: метампсихоз, перевоплощение, воскрешение, возрождение, перенос путём трансформации.

Виктор Франкл (1905–1997), являющийся основателем логотерапевтического направления в психотерапии, изучал суицид сквозь

призму смысла жизни и свободы человека, а также мыслей, связанных со смертью и умиранием [2]. В своей жизни индивид сталкивается с тремя экзистенциальными ограничениями: он терпит поражение, страдает и должен умереть. Поэтому миссия человека заключается в том, чтобы, осмыслив своё существование, перенести невзгоды и страдания. В случае самоубийства жизнь воспринимается как поражение. В конечном счете, самоубийца не боится смерти – он боится жизни, считал В. Франкл.

Эдвин Шнейдман (1918–2009) первым охарактеризовал признаки, которые могут проинформировать и указать о приближении возможного суицида [6]. Он называет их «ключами к суициду». Люди играют сознательные роли в осмыслении приближении собственной смерти: искатели смерти, инициаторы смерти, игроки со смертью, одобрители смерти.

Таким образом, важно, что каждая из концепций пытается выделить основные причины и факторы формирования суицидального поведения. Каждый исследователь сделал попытку классифицировать суициды. Слабой стороной концепций является «размытость» в классификации причин и факторов суицидального поведения, что отражается в профессиональной деятельности психотерапевта.

Эмпирическая часть исследования. Представив основные идеи в изучении суицида, необходимо обратиться к эмпирической части исследования. Исследование было проведено 19 октября 2013 г. методом экспертного интервью, которое проводилось в отделении психотерапии Архангельского психоневрологического диспансера. Эксперт – врач-психотерапевт Лидия Юрьевна Волкова¹, стаж работы 15 лет. Техника анализа интервью – конденсация смысла, что представляет собой сокращение всего значимого, что сказано респондентом и выражение слов в более кратком виде с сохранением смысла.

В начале интервью было задано несколько теоретических вопросов, касающихся основных понятий. Эксперт говорит, что суицид – это осознанная или неосознанная попытка уйти из жизни, т.е. свести счёты с ней. Суицид может быть завершённым, т.е. исход закончился смертью, либо незавершённым. Также эксперт отмечает еще одно понятие – суицидальное поведение. «Оно объясняется тем, что человек осознанно знает о вреде своему здоровью и, тем не менее, продолжает делать это». Эксперт отмечает, что суицидальное поведение сильно зависит от типа личности, от ситуации, от наличия или отсутствия психического заболевания. Эксперт обращает внимание на проблему определения суицидального поведения: «Полностью критерии никогда не разработают. В ходе работы с пациентами отмечаешь, что если причинами может быть психотравмирующая ситуация, то здесь важно, что различные люди реагируют на неё по-разному». Суицид может совершиться больным под влиянием голосов, галлюцинаций, видений.

¹ Вопрос исследовательской этики относительно анонимности информанта был решён за счёт добровольного согласия на упоминание имени эксперта

Возникновение «бредовых» проявлений получило название в психотерапевтической практике «неосознанный импульсивный» случай.

Суицидальное поведение может сформироваться под влиянием различных факторов. Чёткой их классификации не существует. Это, в свою очередь, является одной из проблем в практике врача-психотерапевта. Особенно при определении главной причины в каждом отдельном случае. Психотерапевт объясняет это тем, что каждый человек действует, находясь в определённом состоянии, что связано с уровнем гормонов, например, снижение серотонина, адреналина. Психотерапевт говорит: «Суицидальные попытки могут быть вызваны абсолютно разными причинами. Их, конечно, пытались классифицировать, но полностью опираться на них не стоит. Каждый человек индивидуален». В психотерапевтической практике бывают случаи, когда пациент склонен к повторной попытке суицида. Как итог, перед психотерапевтом стоит вопрос: как воздействовать на пациента, как уберечь его от рецидива? Эксперт отмечает, что только психотерапия здесь мало эффективна. Необходимо использование дополнительных практик. Например, медикаментозная терапия. Одним из возможных методов воздействия на пациента для предотвращения повторной попытки суицида будет оказание эмоциональной поддержки. Особенно, когда в процесс психотерапии привлекается семья пациента: «Привлечение родственников бывает очень эффективным методом. Человек вообще не существует вне семьи». Также при проведении психотерапии перед специалистом стоит проблема мотивации пациента к жизни. Эксперт объясняет, что «поощрение к жизни это и есть цель психотерапии». «Человек просто не должен чувствовать себя одиноким», – отмечает информант.

Бывают ситуации, когда родственники и всё остальное может оказаться несущественным для пациента, обладающего суицидальной мотивацией. В психиатрии существует феномен, который получил название «Болезненное бесчувствие». Оно характеризуется состоянием, при котором пациент испытывает полное равнодушие к своим родственникам. Поэтому выход здесь один – без медикаментозной терапии не обойтись. В практике случается так, что пациент вновь приходит к мысли, что он не хочет жить, вновь обретает суицидальную мотивацию. Благо, в умеренном количестве поддержки может помочь семья. Эксперт говорит: «Резерв у любого человека – это его семья. Это возможность помочь».

При проведении психотерапии у суицидальных пациентов, терапевт не должен сводить лечение только к контролю и регулированию поведения пациента. Поэтому здесь кроется следующая проблема: как не навязать свою позицию пациенту? Эксперт отмечает: «Не надо ничего навязывать. Нужно подвести пациента к решению самостоятельно». Возникает вопрос: может ли тесная связь с суицидальным пациентом привести к попаданию психотерапевта в психологическую зависимость? Эксперт говорит: «Это просто невозможно, психотерапевт, если он профессионал, ни в какую зависимость не попадет, по крайней мере, в моей практике такого не было». Есть только одна проблема в данном случае – это суицидальный шантаж, то

есть демонстративный суицид. Как отмечает информант: «Это не является серьезной проблемой для профессионала, нужно не вестись на «грузы шантажа», даже если они слишком демонстративные».

При проведении психотерапии врач иногда сталкивается с проблемой контрпереноса². Эксперт говорит: «Термин «перенос» появился еще в психоанализе, его ввёл Зигмунд Фрейд. Есть положительный и негативный переносы. Они присутствуют практически везде. Главное для психотерапевта – это состояние эмпатии, т.е. сочувствия, сопереживания. Если тебе хочется поплакать вместе – это положительный перенос. Контрперенос – это отрицательный эмоциональный вклад в действия пациента. Здесь психотерапевту надо подумать, что вызывает у него такие мысли».

Итак, были представлены и проанализированы основные подходы к изучению суицида. Слабой стороной концепций является размытость в классификации суицидов, критериев проявления суицидального поведения. До сих пор в современной суицидологии ведутся дискуссии по этой проблематике. Результаты эмпирического исследования также помогли выявить сложности, существующие по ходу поведения психотерапевтических практик. К ним относятся: проблема мотивации жить у пациента, проблема суицидального шантажа, «ослабления» семейного надзора, проблемы контрпереноса и терапии повторных попыток суицида. Удачным завершением исследования считаем возможность поставить новый исследовательский вопрос: С какими социально-психологическими последствиями в постсуицидальный период сталкивается человек, совершивший попытку самоубийства?

Список литературы:

1. Меннингер К. Война с самим собой : [Электрон. ресурс]. URL: http://royallib.ru/book/menninger_karl/voyna_s_samim_soboy.html (Дата обращения: 12.05.2014)
2. Франкл В.Э. Основы логотерапии. Психотерапия и религия. СПб.: Речь, 2000. 286 с.
3. Фрейд З. Печаль и меланхолия. СПб.: Алетейя, 1998. 20 с.
4. Хендин Г. Психотерапия и самоубийство : [Электрон. ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. Питер, 2003. №1. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2054/>
5. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития : [Электрон. ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 2(19). URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer16.php/
6. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 132 с.
7. Юнг К.Г. Психологические типы : [Электрон. ресурс]. URL: <http://www.klex.ru/1bt> (Дата обращения: 12.05.2014)

² Контрперенос – это отрицательный эмоциональный вклад в действия пациента [3].

МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ: НОРМА И ПАТОЛОГИЯ

ОСТРОВСКАЯ Анастасия Георгиевна,
ШАХБАЗЯН Анаит Врежовна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: nastasiaost2013@yandex.ru
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

По мнению Гиппократ, болезнь – это «нарушение идеального равновесия между индивидом и внешней средой». Заметим, что большая роль уделяется состоянию индивида, а именно, его ментальному здоровью. Итак, что же мы можем понимать над нормой и патологией ментального здоровья? Давайте обратимся к основным понятиям.

Ментальность формируется в процессе воспитания и приобретения жизненного опыта. Отсюда можно сказать, что ментальность – то, чем различаются индивиды, получившие воспитание в различных культурных средах. Таким образом, под ментальностью понимают способ видения мира, в котором мысль неотделима от эмоций.

Что же такое «ментальное здоровье»? Так можно назвать созидательный, оптимистичный строй мыслей. Если мы обратимся к иностранным источникам, то отметим, что на Западе «mental health» означает «психическое здоровье», оно, по мнению ВОЗ, представляет собой состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. Под ментальным здоровьем на Западе понимают такое словосочетание как «mind set». В связи с тем, что эти два понятия очень похожи между собой, возникают некие путаницы. И все же следует различать их, так как ментальное здоровье является компонентом психического.

Каждая культурная среда имеет свою историю, свои традиции, религию. Все это оставляет отпечаток в сознании людей, принадлежащих к той или иной культурной среде, формируется определенный поведенческий стереотип. Однако этот стереотип специфичен для каждой культуры и это не означает, что представители одной культурной среды должны отвергать или считать патологией стереотип другой культурной среды. Наоборот, различные культуры взаимодействуют друг с другом. Отсюда возникает вопрос: что именно считать нормой и существует ли разнообразие норм?

Итак, давайте обратимся к примерам. Известно, что шизофрения – это мультифакториальное расстройство психики, для проявления которого необходимы не только гены предрасположенности, но и факторы окружающей среды. Так, «под эгидой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) изучались распространенность и симптоматика шизофрении в девяти странах (Великобритании, Дании, Индии, Колумбии,

Нигерии, Советском Союзе, США, Чехословакии и на Тайване). Исследователи пришли к заключению, что шизофрения – универсальное психическое расстройство, которое во всех культурах проявляется одинаковыми симптомами. Однако, были выявлены и некоторые межкультурные различия. В частности, было обнаружено, что у больных из развивающихся стран болезнь протекала в более легких формах и с более длительными периодами ремиссии, чем у больных из высокоразвитых индустриальных государств. Эти различия можно объяснить социально-культурными факторами, тем, что в более традиционных культурах реабилитация больных облегчается их возвращением после курса лечения в широкий круг родственного общения и к трудовой деятельности. Различия связаны также с тем, что культуры проявляют разную степень терпимости по отношению к некоторым симптомам. Так, в традиционных культурах Нигерии «голоса», то есть слуховые галлюцинации, не считаются чем-то аномальным.

Более того, в этнопсихиатрии широко распространена точка зрения, согласно которой шизофрения является болезнью цивилизации: Ж. Деврё даже назвал ее «этническим психозом западного мира». Основную причину болезни в этом случае видят в неспособности современного общества удовлетворять потребности личности в уединении и общении, в регуляции в нем взаимоотношений «Я – другие».

Отмечено влияние огромного объема неструктурированной и сложной информации, обрушивающейся на современного человека. Именно в этнокультурной специфике процесса передачи информации видят и одну из причин того, что в Великобритании ирландцы госпитализируются с диагнозом «шизофрения» значительно чаще, чем англичане. В ирландской культуре поощряется живость речи и особый тип остроумия – насмешки с двойным смыслом, что увеличивает сложность и уменьшает ясность информации. При этом «жертва» насмешек не только должна понять такую информацию, но и быстро отреагировать на нее.

В сравнительно-культурных исследованиях доказана универсальность основных симптомов еще одного психического расстройства – депрессии. Однако обнаружены и межкультурные различия в преобладании некоторых из них в общей картине: если представители индивидуалистических культур жалуются в основном на чувства одиночества и изоляции, то для членов культур коллективистических характерны соматические жалобы, например, «на головную боль» [7].

Рассмотрев данные примеры, можно согласиться с тем, что «культура придает форму переживанию психических расстройств, обуславливая проявление симптомов универсальных болезней и способствуя появлению болезней культурно-специфических». Признание подобной роли культуры в сфере аномального поведения требует пересмотра способов диагностики и лечения индивидов с психическими расстройствами» [7]. Также в вышеперечисленных примерах мы видим явное отклонение от нормы.

Мы говорим: «Знай меру», – а что это значит? Мы подразумеваем то, что следует вести себя так, как это принято в обществе, в котором живет человек. По определению, мера – такой интервал количественных изменений, в пределах которых сохраняется качественная определенность предмета. При выходе из рамок, представленной мерой, происходит определенный скачок, который подразумевает появление или глобальное изменение качества какого-либо предмета. Здесь мы описываем закон перехода количественных отношений в качественные. Этот закон мы можем использовать в качестве определения нормы и патологии, то есть существует такой интервал показателей, в пределах которых мы можем считать организм здоровым, но выход из данного интервала подразумевает нарушение каких-либо функций организма.

Однако мы говорим не о физическом, а о ментальном здоровье человека. Мы не можем проверить это какими-то анализами или обычным физикальным осмотром. Поэтому мы и обратились к культурным средам. Под нормой ментального здоровья, в данном случае, мы подразумеваем нормальное развитие человека, его поведение, соответствующее той или иной культурной среде, его гармония как с его физическим развитием, так и с окружающей средой. Под патологией мы понимаем отклонение от норм поведения в той или иной культурной среде, в результате чего нарушается физическое здоровье человека, его гармония с окружающей средой. Отсюда мы можем сделать вывод: физическое здоровье во многом зависит от ментального здоровья, недаром говорят, что «все болячки от нервов».

Следует заметить, что само понятие «мера» не является постоянным, оно динамично. Это связано с тем, что в обществе постоянно происходят какие-либо изменения: что-то забывается, что-то стареет, что-то вводится в норму. Поэтому очень сложно определить, что же все-таки является нормой. Здесь стоит обратиться к такому понятию как «адаптация». Адаптация – процесс приспособления к изменяющимся условиям среды. От того, насколько человек приспособлен, зависит его адаптация к изменениям в обществе, его гармония с обществом и окружающей средой, что будет проявляться как в его ментальном, так и в физическом здоровье. Не забываем, что физическое здоровье, главным образом, зависит от ментального.

Проанализируем же структуру ментального здоровья. В рамках данного понятия рассматривают количество и качество мыслей, а также ментальное засорение. Многие исследования показали, что у человека в сутки возникает до 200 тысяч мыслей. В основном, мысли скачут, наскакывая одна на другую, в огромном количестве так, что большинство из них мы просто не замечаем. Следить за мыслями очень непросто. Чем больше концентрироваться на мыслях, тем их больше. Под качеством мысли подразумевают позитивный или негативный строй мысли. «Позитивные мысли – это мысли о созидании своей жизни, своего внутреннего мира, внешнего мира, взаимоотношений с внешним миром. Негативные мысли – это разрушительные мысли относительно своей жизни, внешнего мира, осуждающие и мстительные

мысли, а также пессимистичные мысли. Позитивные мысли порождают светлые чувства и побуждают к созидательным действиям, к принятию окружающего мира. Негативные мысли порождены различным прошлым опытом и обычно являются стереотипными. Они приводят к привычкам, штампам в поведении, автоматическим реакциям на те или иные события жизни» [3]. Ментальное засорение, в свою очередь, это то, что изменяет качество и стройность мысли. Оно включает в себя интернет, телевизор, радио, реклама, пустые разговоры по телефону, споры и дискуссии и многое другое. Все это: и количество, и качество мыслей, и ментальное засорение – определяет наше поведение, влияет на развитие меры в поведении, а также влияет на физическое здоровье.

Заметим, что, как и больные, так и здоровые люди могут попасть впросак, в так называемые «ментальные ловушки». Ментальные ловушки – это накатанные и привычные пути, по которым безрезультатно движутся наши мысли и, в конечном итоге, приводят к неправильным действиям. Как бы человек не хотел их совершать, он может и не осознать, что совершает ошибку, или не понять, в чем она заключается. Ментальных ловушек несколько:

1. Упорство – явление продолжения дела, даже если оно провальное.
2. Амплификация – приложение сил намного больше, чем требуется для данного дела.
3. Фиксация – блокировка сознания к последующему действию.
4. Реверсия – стремление изменить прошлое в более лучшую сторону.
5. Опережение – явление опережения теоретической части дела над практической.
6. Противление – задержка дела на некоторое время.
7. Затягивание – отложение выполнения дела на более поздний срок.
8. Разделение – явление, при котором мыслительный процесс не соответствует деятельности.
9. Ускорение – выполнения дела с большей скоростью, чем это необходимо.
10. Регулирование – ловушка бесполезных мыслей в сознании человека.
11. Формулирование – ловушка, ведущая к разделению мыслей, так как человек не способен выполнять одновременно две функции: ощущение (переживания, чувства) и оценку.

Все ловушки приводят к нарушению степени адаптированности человека как к обществу, так и к окружающей среде. В результате происходит нарушение ментального здоровья, а в последующем – и физического здоровья.

Таким образом, ментальное здоровье человека формируется под воздействием многих факторов, что вызывает сложности в определении четких границ между нормой и аномальным поведением. Понятие нормы субъективно, и зависит от тех критериев, которые сложились у данного

общества на некотором этапе своего культурного развития. То, что считалось ненормальным в определенную эпоху, может стать нормальным в другую, а то, что является недопустимым для одного народа, может вписаться в культуру второго. Однако понимание некоторых философских аспектов помогает более глубоко взглянуть на данную проблему, и мы можем говорить об относительности границ нормы, которая может колебаться в различном диапазоне.

Список литературы:

1. Белик А.А. Норма и патология в условиях различных культур : [электрон. ресурс]. URL: <http://psychlib.ru/mgppu/Evp-2006/Bni-12.htm> (дата обращения 10.04.2014).
2. Диалектика количественных и качественных изменений... : доклад // Логика и философия : [электрон. ресурс]. URL: <http://5fan.ru/wievjob.php?id=34758> (дата обращения 27.04.2014).
3. Кучеренко А. Неделание – Жить. Разд. 4 : Ментальное здоровье : сайт «Интересный мир. Магия жизни. Вып. 16. 22 янв. 2009 г. [электрон. ресурс]. URL: <http://interesnyimir.com/magiya-zhizni-vypusk-16-142.html> (дата обращения 27.04.2014).
4. Макина С.К. Ментальное здоровье : сайт «Медицинский центр Vega – Plus», май 2013 : [электрон. ресурс]. URL: <http://vega-plusmed.kz/mentalnoe-zdorove.html> (дата обращения 11.04.2014).
5. Ментальные ловушки : сайт «Успех в Жизни» : [электрон. ресурс]. URL: <http://www.yourfreedom.ru/mentalnye-lovushki/> (дата обращения 27.04.2014).
6. Проблема определения нормы и патологии. Критерии психического здоровья : реферат / Ин-т психологии им. Л.С. Выгодского. М., 2009 [Электрон. ресурс]. URL: http://www.coolreferat.com/Проблема_определения_нормы_и_патологии_Критерии_психического_здоровья (дата обращения 27.04.2014).
7. Стефаненко Т. Этнопсихология. Ч. 3 : Личность в культурах и этносах, гл. 2 : Этнопсихологические проблемы исследования личности, разд. 2.3 : Проблема нормы и патологии : [электрон. ресурс]. URL: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/stef/08.php (дата обращения 27.04.2014).

ВЕДИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

СИМОНЯН Елена Эрнестовна
БЕЗГАЧИНА Татьяна Анатольевна
Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет
кафедра гуманитарных наук
2 курс. Лечебный ф-т
E-mail: lena-simonyan@yandex.ru
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович

Ведическая медицина становится все популярнее с каждым днем среди обывателей, но знания студентов-медиков оставляют желать лучшего. Цель нашей работы: развенчать миф о западноевропейской медицине как родоначальнице медицины практической.

Индия считается древнейшим очагом цивилизации, возникшим около 5 тысяч лет назад в долинах рек Инд и Ганг. Ее уникальная культура ничуть не уступает культуре Месопотамии и Древнего Египта. О Древней Индии принято говорить, как о стране мудрецов и в этом большая заслуга целителей, слава о которых разлетелась далеко за пределы страны. В буддийских преданиях сохранилась информация о трех выдающихся врачевателях – Дживаке, Сушруте и Чараке.

С первыми упоминаниями о врачевании и целебной природе растений мы встречаемся в Ведах, особенно в последней из четырёх Атхарваведе. Основой ведического знания являются:

1. Ригведа – является сборником гимнов;
2. Яджурведа – труд, посвященный жертвенным формулам;
3. Самаведа – произведение, состоящее из песнопений;
4. Атхарваведа – книга заклинаний.

Атхарваведа – первая индийская рукопись, связанная с медициной, в которой причиной болезни считается проникновение живых агентов, таких как микроорганизмы и гельминты. В одном из гимнов описывается заболевание лепра, для лечения которой рекомендуется применять раджани-аушадхи (растение с темными пятнами и черными стеблями) – лишайник с антибиотическими свойствами. Следовательно, Атхарваведа является первым текстом, содержащим записи об использовании антибиотиков.

Одной из дополнительных вед (упавед) Атхарваведы является Аюрведа (с санскр. «ayu» – «принцип жизни», «длинная жизнь» и «veda» – познание) – традиционное учение об индийской ведической медицине и философская система, чью основу составляют шесть философских школ астики (признающих авторитет Вед).

«Чарака-самхита» (датируется I–II вв. н.э.) и «Сушрута-самхита» (датируется IV в. н.э.) являются фундаментальными трудами древности. «В

более ранней «Чарака-самхита» отражено лечение внутренних болезней и содержатся сведения более чем о 600 лекарственных средствах растительного, животного и минерального происхождения. Применение этих средств расписано в восьми разделах: лечение ран; лечение болезней области головы; лечение болезней всего организма; лечение психических заболеваний; лечение детских болезней; противоядия; эликсиры против старческого одряхления; средства, повышающие половую активность. «Сушрута-самхита» рассматривает оперативное лечение; в ней описано более 300 операций, свыше 120 хирургических инструментов и не менее 790 лекарственных средств»[6, с. 90].

Отдельной дисциплиной выделялась помощь женщине в родах. Были подробно расписаны правила личной гигиены и здорового образа жизни, которые необходимо было соблюдать беременным. В одном из трактатов Сушруты описаны врожденные патологии плода; проблемы, возникающие при родах; описывалась тактика проведения кесарева сечения, которое выполнялось при гибели матери во имя спасения жизни ребенка и некоторые способы ведения родов.

После определения излечимости или неизлечимости болезни врачи Древней Индии определяли тактику ведения больных. Для благоприятного исхода болезни необходимо было учитывать не только возраст, пол, но и силу, ум, характер пациента. Немаловажная роль отводилась и времени года. Уравновешивание нарушенного жидкостного равновесия проводилось при помощи лекарственных средств, таких как потогонные, рвотные, слабительные и, конечно, диетотерапией. Но в некоторых случаях прибегали к хирургической помощи. Нельзя не отметить, что в Древней Индии в данной области медицины было достигнуто немало высот.

Считается, что Индия была одной из стран Древнего мира, в которой развитие хирургии было самым высоким. По мнению Сушруты, хирургия – это самый ценный дар неба; хирургия была самой первой и наилучшей из всего множества научных направлений медицины. Хирурги, не имея особых знаний об антисептике и асептике, добивались тщательного соблюдения гигиенических правил во время оперативного вмешательства. Уже в то время хирурги безупречно владели оперативным инструментарием.

Перечень операций, проводимых врачами, очень велик. Это операции по пластике, удалению камней, грыж, также хирурги ампутировали конечности и производили лапаротомию. В своих мемуарах А. Бэшем писал, что врачи «умели восстанавливать носы, уши и губы потерянные или искалеченные в бою или по приговору суда. В этой области индийская хирургия опережала европейскую вплоть до XVIII в., когда хирурги Ост-Индской компании не сочли для себя унизительным учиться у индийцев искусству ринопластики. Кожный лоскут для формирования будущего носа вырезался на сосудистой ножке из кожи лба или щеки»[6, с. 95].

Необходимо отметить, что знания индийцев о человеческом теле были наиболее полными. Вопреки несовершенству методов, которыми обладали

врачеватели, они отмечали наличие 300 костей (правда вместе с зубами и хрящами), 900 связок, 107 суставов, насчитывали 9 органов чувств и 24 нерва, 40 главных сосудов и около 700 сосудов, являющихся их ответвлениями.

Древнеиндийские хирурги сшивали ткани пеньковыми, льняными нитями, конским волосом и сухожилиями; кровотечения останавливали при помощи золы, давящих повязок, холода; бамбуковые шины, вытяжения и неподвижные повязки использовали при вывихах и переломах костей; применяли особые методы лечения язв, ожогов и опухолей. В качестве обезболивания использовали гашиш, опиум, индийскую коноплю, белену, вино. При проведении объемных операций хирурги использовали черных муравьев, намертво прикусывавших края ран. Вдоль краёв раны помещали муравьев таким образом, чтобы они захватывали оба края раны своими челюстями и образовывали ряд скобок. Таким образом достигались сближение и дезинфекция краев раны муравьиной кислотой. Разумеется, врачевателям ничего не было известно о данной кислоте и её обеззараживающем действии, но длительный опыт применения подобных «швов» показывал, что при обработке краев раны таким образом, она заживала без осложнений и нагноений.

Диагностика. В Аюрведе, как и в современной медицине, большое внимание уделяется диагностике заболеваний. С точки зрения данного учения заболевания могут быть вызваны различными причинами, например, кармой, дисбалансом, неправильной диетой, греховными действиями, а также влиянием времени, злых духов. Врачеватели Древней Индии делали особый упор на пульсовую диагностику. Было описано около 150 видов физиологического и патологического пульса, который различался по скорости, ритму, частоте и силе ударов.

Пульсовая диагностика. В традиционной Аюрведической практике врач определял пульс тремя пальцами в трех разных точках лучевой артерии. Состояние полых органов исследовалось более поверхностным надавливанием, а плотных – более глубоким. После обследования врач получал 12 разных пульсов, по совокупности которых ставил диагноз.

Языковая диагностика и другие методы лицевой диагностики. Также одним из важных показателей является состояние языка, особенно учитывалось наличие или отсутствие налета и цвета языка. Язык тесно связан с внутренними органами, так, кончик языка соответствует сердцу и печени, корень – кишечнику, боковые поверхности – почкам, середина – поджелудочной железе и селезенке. Также оценивалось состояние сосочков языка и их цвет. Врачеватели отмечали изменения со стороны губ, которые могут свидетельствовать о наличии патологии, например, при заболеваниях сосудов и сердца они приобретают синюшный оттенок.

Диагностика по ногтям и волосам. Необходимо отметить, что огромное внимание уделялось состоянию ногтей и волос. Современная медицина тоже обращает свой взгляд на состояние ногтей, но при очень малом количестве

патологий. Обращаясь к цвету ногтей можно увидеть синюшность или бледность ногтевой пластинки, что говорит об анемии.

Ко всему прочему, всегда обращали внимание на состояние волос. Если человек имел здоровые, крепкие, густые волосы, то считалось, что он быстро выздоравливает и реже болеет. Волосы могут становиться менее густыми при различных нарушениях, и, соответственно, чем тяжелее заболевание, тем хуже состояние волос.

Не секрет, что в Индии расцвело и такое диагностическое направление как *хиромантия*. По линиям на ладонях и стопах диагностировались болезни практически всех систем (сердечной, пищеварительной, нервной) и даже психические нарушения. Недаром каждый палец связывался с одной из первооснов, ведь по ним проходят линии определенных органов: Большой палец – эфир-мозг; Указательный палец – воздух-легкие; Средний палец – огонь-желудок и кишечник; Безымянный палец – вода-почки; Мизинец – земля-сердце.

Диагностика по трем мала. Как и в современной медицине, не последнее место занимает диагностика по трем основным выделениям организма (мала) – поту, моче, калу. Аюрведическое учение придает особую важность соотношению мочи и пота, выделившихся из организма. Эта пропорция зависит не только от здоровья человека, но и от времени года. Если баланс нарушен, возникают болезни (например при преобладании пота над мочой развиваются болезни почек). Также, как и сейчас, определялись цвет и прозрачность мочи. Мутная моча говорит о патологии в почках или мочевом пузыре. Обычно при желтухе наблюдается моча темно-коричневого цвета с зеленым оттенком.

Уделялось внимание и калу. Если кишечник человека поражает опухоль, то кал становится лентовидным. Если дисбаланс вызывает спазмы, то кал выходит круглыми небольшими камешками. Кал больного амебиазом – красного цвета и содержит слизь с кровью.

Диагностика по марма-точкам. Это – самый древний и загадочный вид диагностики, показывающий точные результаты при проведении исследований. Марма-точки – это своеобразные каналы, информирующие о состоянии всех органов, о балансе или дисбалансе организма. Всего существует 108 марма-точек, 5 из них являются основными (Маха-марма). Суть диагностики заключается в надавливании на определенные марма-точки и выяснении болезненности этих надавливаний, а также учитывается состояние точек (уплотнение, продавленность, припухлость). В целом, марма-диагностика схожа с китайской акупунктурой, большинство марма-точек и китайских точек совпадают, но аюрведическая традиция является более древней, нежели китайская. Основное правило – нельзя сильное воздействие и повреждение марма-точек запрещено, поскольку это может вызвать тяжелые расстройства в организме человека и даже его смерть.

Аюрведическая диагностика проводится в строго определенном порядке: расспрос пациента, объективный осмотр, диагностика марма-точек, пульса, трех мала.

Профилактика заболеваний. Одним из важнейших направлений древнеиндийского врачевания было предупреждение болезней. В глубокой древности уже осуществлялась профилактика заражения оспой, распространенной в Индии. В тексте, датированном V в. н.э, автором которого является легендарный врачеватель древности Дханвантари, говорится: «возьми с помощью хирургического ножа оспенную материю либо с вымени коровы, либо с руки уже зараженного человека, между локтем и плечом сделай прокол на руке другого человека до крови, а когда гной войдет с кровью внутрь тела, обнаружится лихорадка». (Английский врач Эдвард Дженнер открыл вакцинацию против оспы лишь в 1796 г.) [6, с. 96].

Уже в IV–II вв. до н.э. существовали строгие правила, в которых было прописан запрет на выбросы нечистот на городские улицы. Были также указаны места для погребения (или сожжения) трупов; описаны случаи, когда необходимо производить вскрытие и даже было упомянуто, что тела необходимо покрывать специальным маслом для его сохранения.

Известно, что в 268–231 гг. до н.э. в Индии уже строили дхарма-шала (лечебницы) и богадельни, которые в Европе появились на несколько веков позже, чем в Индии. Позднее в стране начали сооружать специальные дома для сирот, калек, вдов, увечных и больных.

Обучающийся медицине человек обязан овладеть всеми сторонами врачебного дела: «Врач, неискусный в операциях, приходит у кровати больного в замешательство, подобно трусливому солдату, впервые попавшему в сражение; врач же, умеющий только оперировать и пренебрегающий теоретическими сведениями, не заслуживает уважения и может подвергать опасности даже жизнь царей. Каждый из них владеет только половиной своего искусства и похож на птицу с одним только крылом», – записано в «Сушрута-самхите» [6, с. 97].

Таким образом, наука о жизни – Аюрведа, сформировалась не отдельно от ведических знаний, а гармонично переплеталась с ним. Несомненно, с ведической цивилизацией нас разделяют века, но Аюрведа не исчезла и смогла выдержать главную проверку – проверку временем.

Предупреждение развития заболеваний, увеличение продолжительности жизни и омоложение систем организма являются основами Аюрведической медицины, к тому же она позволяет понять свою сущность и место в этом мире, благоприятствует жизни и развитию в гармонии с Космосом и достижению духовного просветления.

В настоящее время популярность Аюрведы стремительно растет вследствие ее целостного подхода к природе, организму человека и высокой духовности. Для миллионов людей нашей планеты аюрведический подход к жизни уже стал неотъемлемой частью их существования.

Список литературы:

1. Большая медицинская энциклопедия. Т. 2: Ангиохолит – Аюрведа. М.: Сов. энцикл., 1957.

2. Большая медицинская энциклопедия. Т. 2: Антибиотики – Беккерель. М.: Сов. энцикл., 1975.
3. Марчукова С.М. Медицина в зеркале истории. СПб.: Европейский Дом, 2003. 269 с.
4. Мирский М.Б. История медицины и хирургии : учеб. пособие для студ. высш. мед. учеб. заведений. М.: Гэотар-Медиа, 2010. 528 с.
5. Соловьева Л.Н. Аюрведа. Три пути к абсолютному здоровью. Брянск, 2003. 752 с.: ил.
6. Сорокина Т.С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. 9-е изд., стереотип. М.: ИЦ «Академия», 2009. 560 с.

VI. Студенчество и медицина

ТРЕВОГИ И НАДЕЖДЫ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

**ГЕРАСИМОВА Дарина Константиновна,
ШЕВЕЛЕВА Анна Павловна,
Архангельск, Россия,
Северный государственный медицинский университет,
2 курс. Лечебный ф-т
кафедра гуманитарных наук
Gerasimova-darina@rambler.ru
Nuriko01@rambler.ru
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ
МАКУЛИН Артем Владимирович**

Тревоги о насущных проблемах и надежды на счастливое будущее сопровождают человека на протяжении всей жизни. В такую пору как студенчество, человек находится на грани между так называемым детством и началом взрослой самостоятельной жизни. Так как это время требует от человека умения принимать независимые решения, совершать взрослые поступки, то оно сопровождается определенными переживаниями, а возможность воплощения в действительность задуманных планов – надеждами. Тревоги и надежды напрямую связаны с основными сферами жизни общества – политической, экономической, социальной и духовной.

Целью нашей работы было выявление тревог и надежд среди студентов медицинского ВУЗа, в зависимости от пола и факультета, в основных сферах жизни общества. Для ее достижения была поставлены задачи: провести анкетирование студентов с целью узнать их основные тревоги на данный момент времени и надежды на ближайший период; проанализировать полученные данные.

Тревоги нередко приводят человека к состоянию напряжения, то есть к стрессу, возникающему при несоответствии приспособительных возможностей человека величине действующей нагрузки и вызывающему активацию адаптивных ресурсов психики и организма. Напряжение

сопровождается изменением интенсивности многих процессов в организме и психике в сторону повышения или понижения. Может произойти подъем активности или появиться торможение, сопровождаемое чувством усталости, вялости.

Следует отметить, что основа многих физических болезней заключается в отсутствии психического здоровья, связанного с постоянными тревогами, затяжными депрессиями и негативным влиянием со стороны окружающей среды или общества. Надежды на будущее, действующие на человека положительно, сопровождаются радостью, спокойствием и считаются одним из основных факторов в создании психического здоровья.

Чтобы выяснить, что тревожит студента-медика и на что он надеется, мы провели исследование, в ходе которого опросили студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов в возрасте от 18 до 21 года. Всего было опрошено 48 человек, среди них 24 человека – девушки (по восемь с каждого факультета) и такое же количество молодых людей мужского пола. Опрашиваемым были выданы анкеты, в которых они должны были указать основные тревоги и надежды в ранжированном порядке (если позиций несколько) в определенной сфере общества. В анкете указывался пол человека и факультет, на котором он обучался.

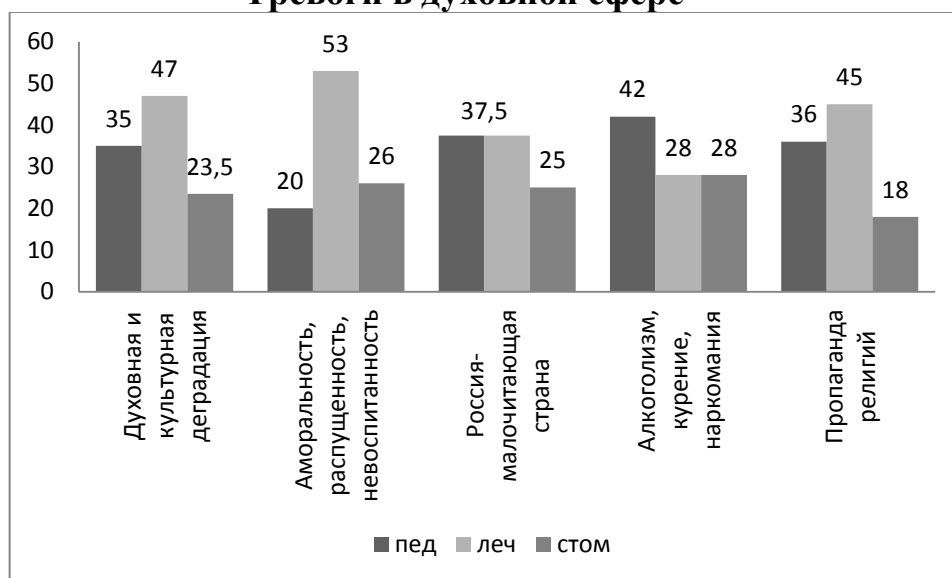
Сфера деятельности	Переживания	Надежды
политическая	1	1
	2	2
	3	3
экономическая	1	1
	2	2
	3	3
социальная	1	1
	2	2
	3	3
духовная	1	1
	2	2
	3	3

После опроса был проведен качественный и количественный анализ полученных данных, в результате которого мы выявили основные позиции среди юношей и девушек с трех представленных факультетов.

Сходные по смыслу ответы объединялись в один. Полученные результаты представлены в диаграммах, в которых указаны позиции и процент ответов.

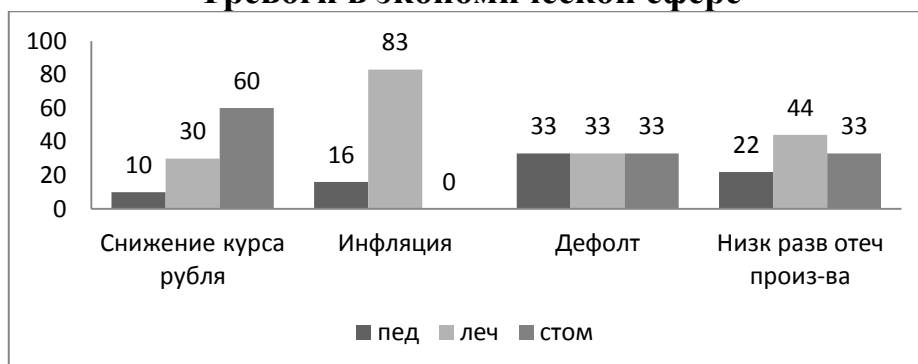
Результаты тестирования в зависимости от факультета

Тревоги в духовной сфере



На основании полученных данных мы выявили пять проблем, наиболее тревожащих студентов в духовной сфере: духовная и культурная деградация, аморальность и невоспитанность общества, Россия – малочитающая страна, проблема алкоголизма, курения и наркомании, а также пропаганда религий. При этом студентов педиатрического факультета больше волнует проблема алкоголизма, курения и наркомании, студенты лечебного факультета переживают об аморальности, распущенности и невоспитанности общества, а представителей стоматологического направления примерно в равной мере тревожат обе эти проблемы.

Тревоги в экономической сфере



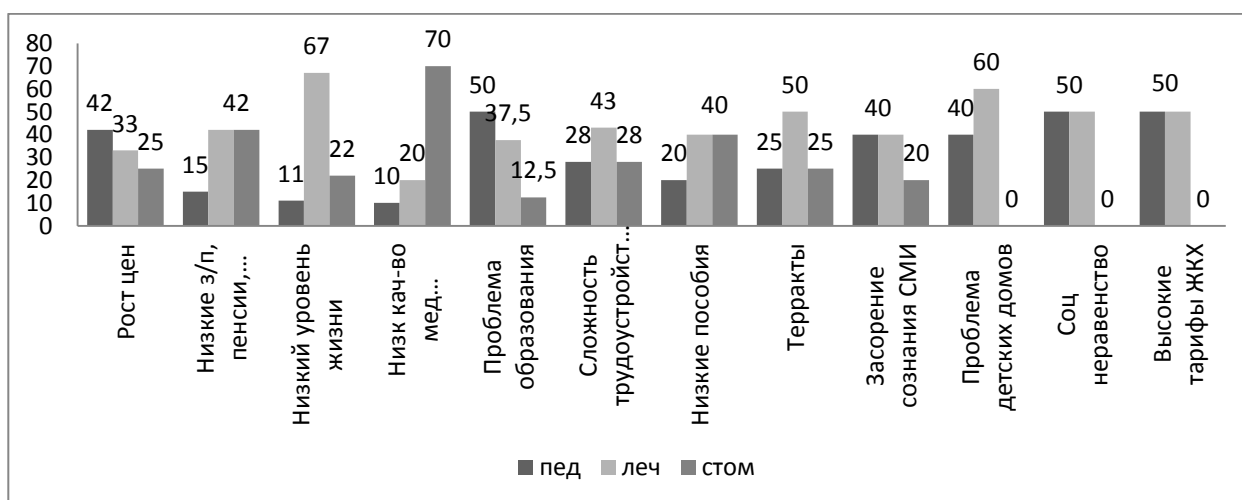
Снижение курса рубля, инфляция, дефолт и низкое развитие отечественного производства – ведущие позиции, выявленные в ходе исследования. Лечебный факультет больше всего волнует инфляция, стоматологический – снижение курса рубля, а педиатров – дефолт.

Тревоги в политической сфере



Коррупция, ситуация на Украине и возможность III мировой войны беспокоят студентов в сфере политики. Лечебный факультет дал больше ответов в пользу возможности III мировой войны, педиатрический в пользу ситуации на Украине, а стоматологи дали примерно одинаковое число ответов насчет тревог за III мировую войну и сложившуюся ситуацию на Украине.

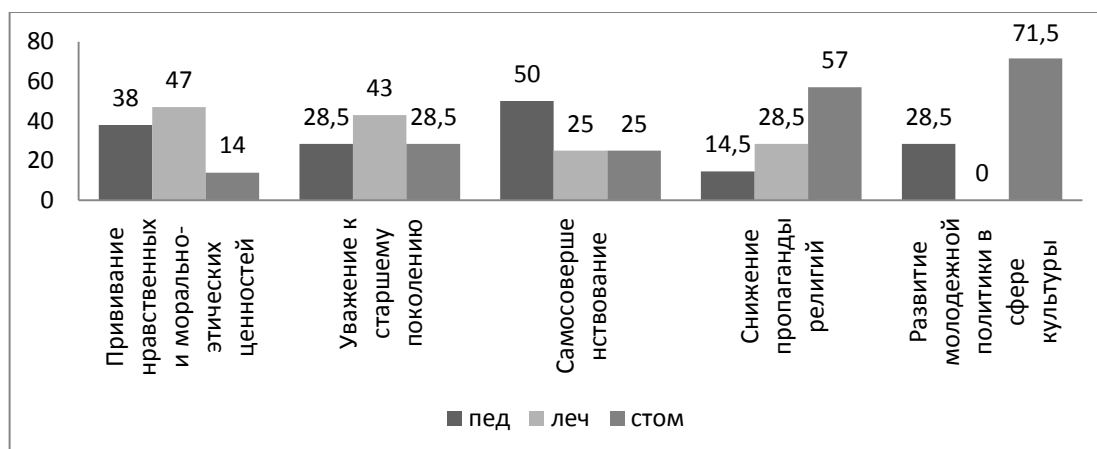
Тревоги в социальной сфере



Наиболее сильные переживания в социальной сфере у студентов вызывают: рост цен; низкие пенсии, зарплаты, стипендии; низкий уровень жизни; низкое качество медицинского обслуживания; проблема образования; сложность трудоустройства; низкие пособия; теракты; засорение сознания СМИ; проблема детских домов; социальное неравенство, высокие тарифы ЖКХ. Было выявлено, что лечебный факультет больше беспокоит низкий уровень жизни, педиатрический – в равной мере социальное неравенство и высокие тарифы ЖКХ, а стоматологов – низкое качество медицинского обслуживания.

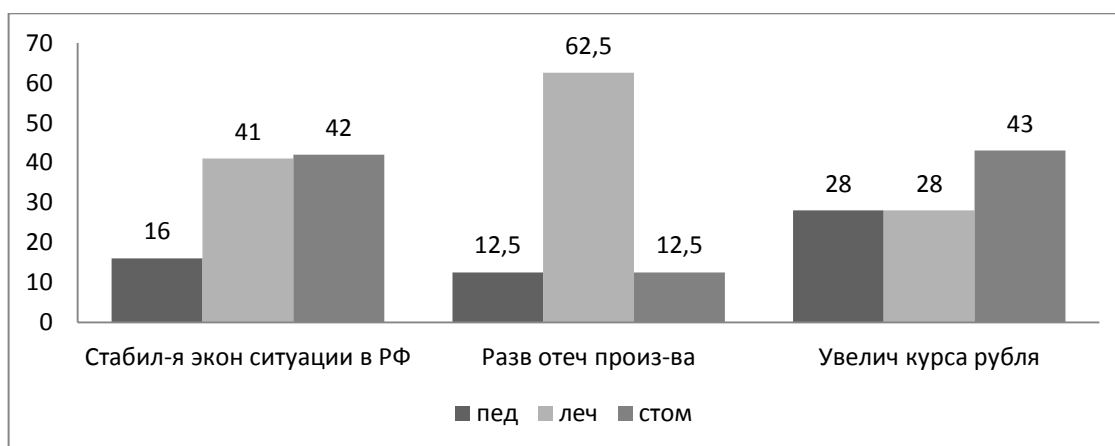
Надежды

Надежды в духовной сфере



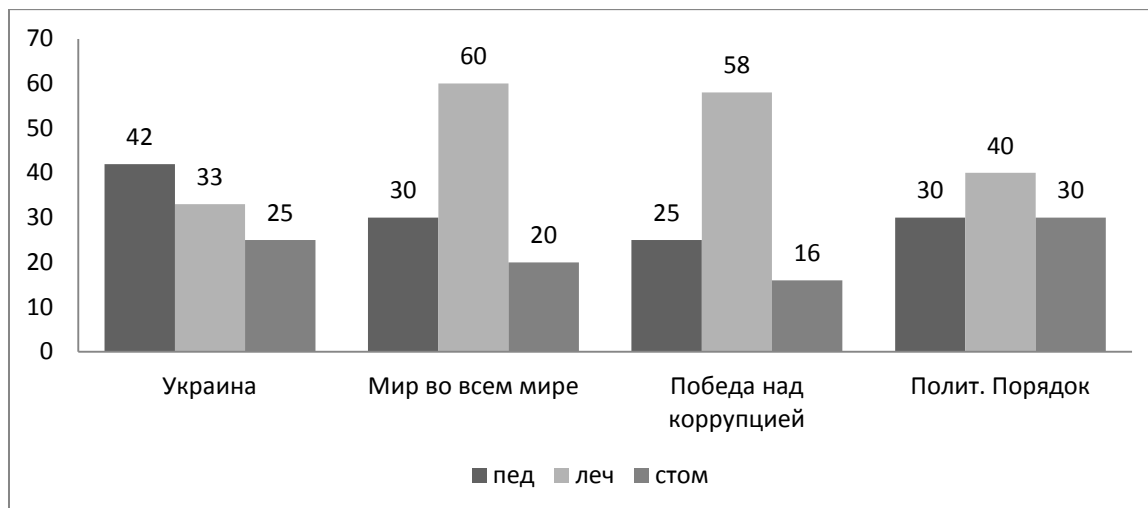
Среди надежд студентов преобладающими являются следующие: прививание нравственных и морально-этических ценностей обществу, уважение к старшему поколению, самосовершенствование, снижение пропаганды религий, развитие молодежной политики в сфере культуры. При этом стоматологический факультет активнее всех высказывался в пользу последнего, лечебный – в пользу привития обществу нравственных и морально-этических ценностей, а представители педиатрического факультета надеются больше всего на свое самосовершенствование.

Надежды в экономической сфере



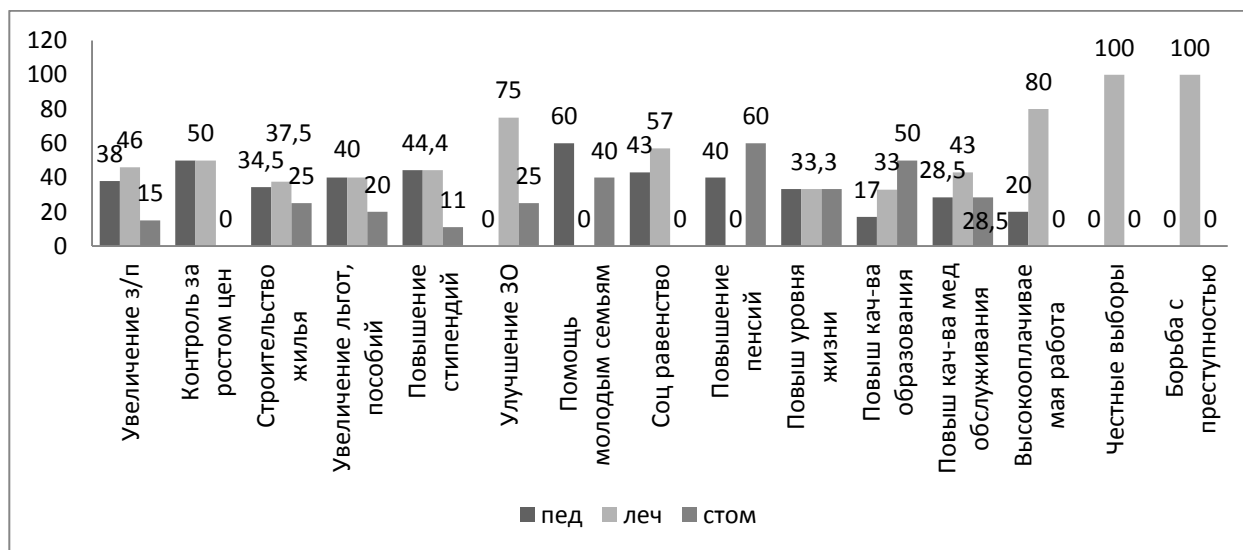
Надежды студентов в сфере экономики таковы: стабилизация экономической ситуации в России, развитие отечественного производства и повышение курса рубля. У педиатрического и стоматологического факультетов по числу ответов преобладает надежда на повышение курса рубля, а у лечебного на развитие отечественного производства.

Надежды в политической сфере



Решение вопроса на Украине, мир во всем мире, победа над коррупцией и политический порядок – надежды студентов в области политики. Лечебный факультет больше надеется на мир во всем мире, педиатрический на решение украинского вопроса, а стоматологический на политический порядок.

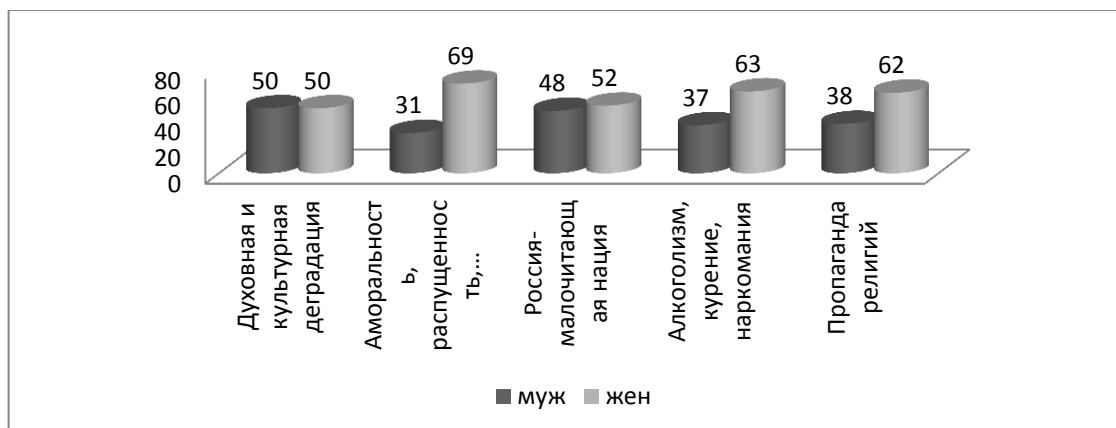
Надежды в социальной сфере



Представители лечебного факультета испытывают больше надежд на борьбу с преступностью и честность выборов, педиатрического – на помощь молодым семьям, а стоматологического – на повышение пенсий. Также были выявлены надежды студентов на увеличение заработной платы, контроль за ростом цен, строительство нового жилья, увеличение льгот и пособий, повышение стипендий, улучшение здравоохранения, социальное равенство, повышение уровня жизни, качества образования и качества медицинского обслуживания и высокооплачиваемую работу.

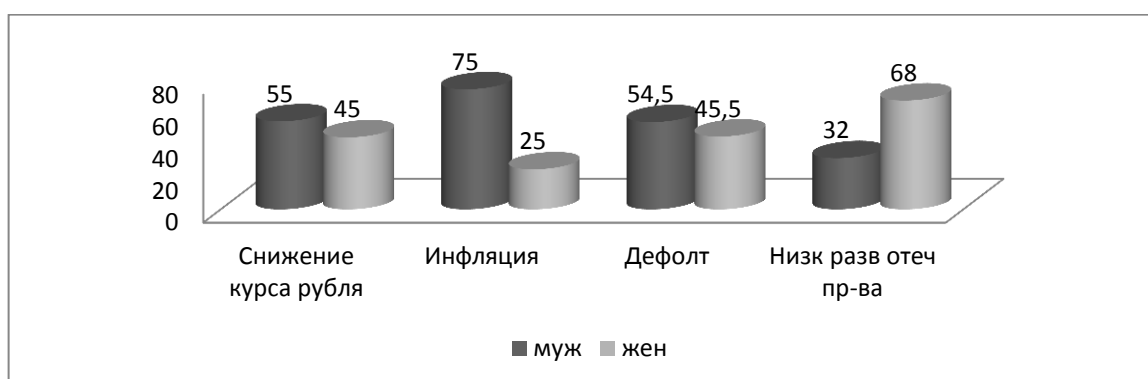
Результаты исследования по полу

Тревоги в духовной сфере



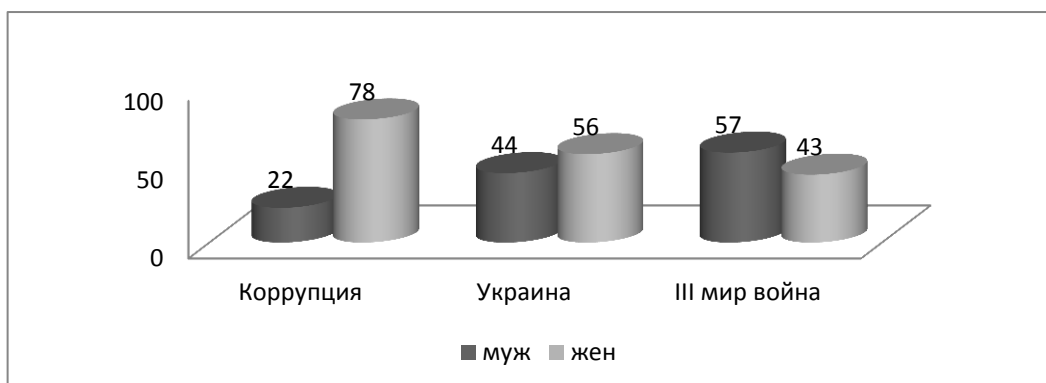
Девушек наиболее волнует аморальность, распущенность и невоспитанность общества, а юношей духовная и культурная деградация.

Тревоги в экономической сфере



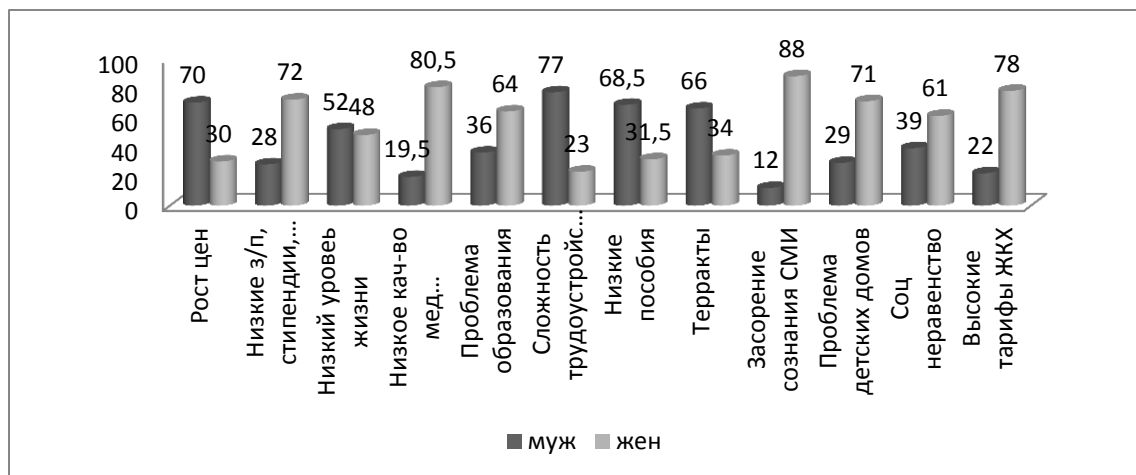
Девушки в большей степени обеспокоены низким развитием отечественного производства, а юношей – инфляцией.

Тревоги в политической сфере



Женскую часть опрошенных больше тревожит коррупция, а мужскую – возможность III мировой войны.

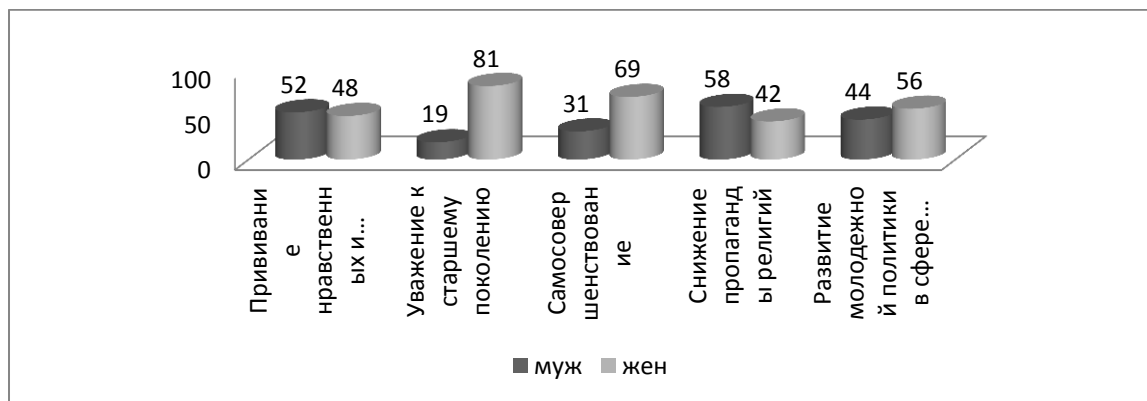
Тревоги в социальной сфере



Девушек больше тревожит засорение сознания СМИ, а юношей сложность трудоустройства.

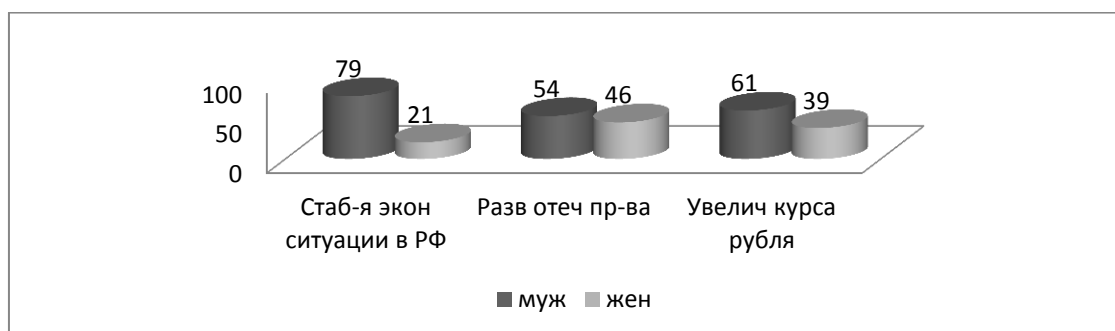
Надежды

Надежды в духовной сфере



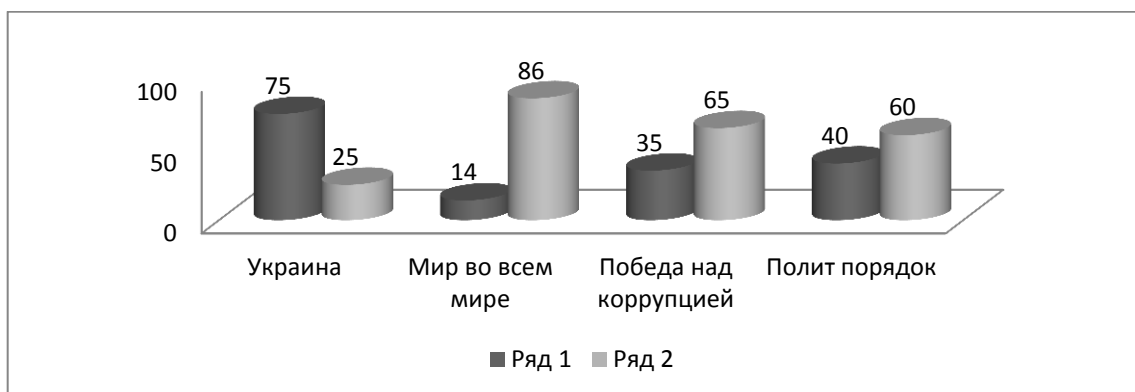
Уважение к старшему поколению – преобладающие ответы девушек, а снижение пропаганды религий – юношей.

Надежды в экономической сфере



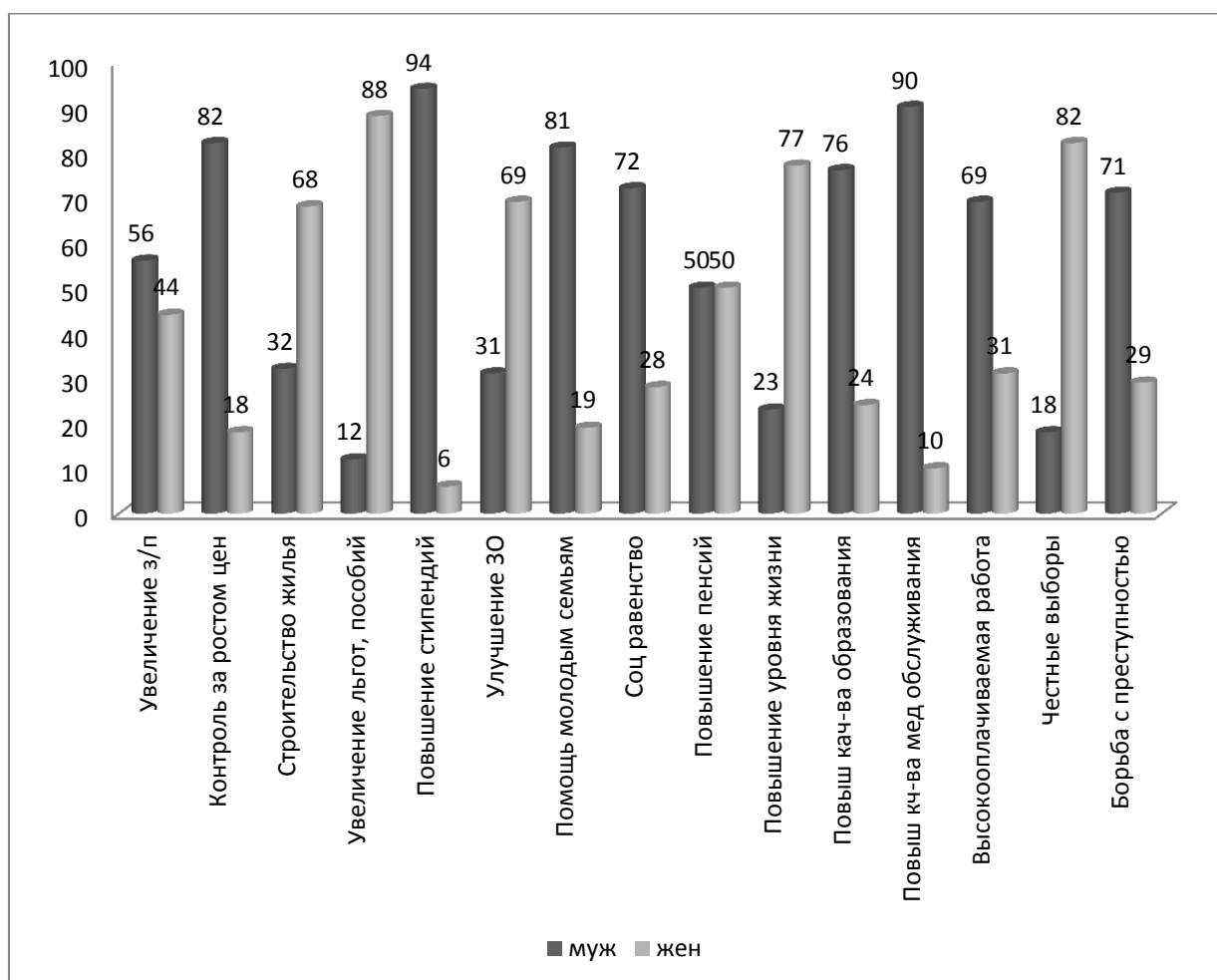
Девушки больше всего надеются на развитие отечественного производства, а юноши – на стабилизацию ситуации на Украине.

Надежды в политической сфере



Большинство девушек надеется на мир во всем мире, а юноши – на решение вопроса на Украине.

Надежды в социальной сфере



Увеличение льгот и пособий – основная надежда у девушек, а повышение стипендий – у юношей.

Таким образом, в ходе нашего исследования мы обнаружили, что студентов медицинского ВУЗа, независимо от их пола и факультета, больше тревожат проблемы в социальной и духовной сфере, нежели в экономической и политической. И надежд в области социальной и духовной также больше, чем в двух остальных. Было выявлено преобладание определенных ответов в зависимости от факультета обучающихся, но этот процент не высок, что позволяет сделать вывод о том, что факультет, на котором обучается студент, не сильно влияет на его тревоги и надежды в жизни. Что касается зависимости от пола, то девушек больше тревожат проблемы в духовной сфере, чем юношей. Также ответы юношей преобладают над ответами женской половины по отношению к надеждам в области экономики. В отношении остальных позиций преобладания не обнаружено или же оно незначительное.

Список литературы:

1. Нажад С.М., Манзури М. Роль надежды на жизнь в психическом здоровье человека и общества // Молодой ученый. 2014. № 3. С. 980–982.

ЭВТАНАЗИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ СГМУ К ЭВТАНАЗИИ

ШАЛАУРОВА Виктория Ивановна
Архангельск, Россия,
Северный государственный медицинский университет,
кафедра гуманитарных наук
2 курс. 8 гр. Лечебный ф-т
Науч. рук.: ст. преподаватель КГН СГМУ
ПОВИЛАЙТИС Андрей Владимирович

*Для одних смерть – кара,
для других – дар,
для многих – благо*
Сенека

*...Я торжественно клянусь:
...проявлять высочайшее уважение
к жизни человека,
никогда не прибегать
к осуществлению эвтаназии...*
Из клятвы врача России

Какой бы ни была жизнь отдельно взятого человека – она самое ценное, самое дорогое, что у него есть. Жизнь каждого из нас уникальна и неповторима. Наша жизнь – это дар, который дается нам однажды. Как бы

мучительна и трудна она порой не была, расставаться с ней крайне тяжело. Даже в концлагерях, и дожидаясь смертельного приговора, и в практически безвыходных жизненных ситуациях, когда, кажется, что все потеряно, человек из последних сил цепляется за малейшие шансы выжить. Однако каждый человек осознает, что он рано или поздно умрет. Нет такого человека, который бы не задумывался о своей смерти и каким именно образом это произойдет. Его волнует проблема достойной смерти, как уйти из этого мира без физических и душевных мучений. Почувствовав в себе признаки увядания жизни, человеку становится не все равно, умрет ли он или же обретет некое бессмертие. Эти и многие другие вопросы, ведущие человека к неизбежному концу, не могут быть для него безразличными. Именно поэтому так остро стоит вопрос о том, как именно умрет человек, может ли он облегчить и скрасить свой уход?

В последнее время обострилась проблема медико-правового и этического характера, проблема добровольного ухода из жизни смертельно больных людей – эвтаназия.

С помощью новых медицинских технологий, методов реанимации и медикаментов можно значительно продлить жизнь обреченному человеку. Но что означает жизнь под сильнодействующими лекарствами и аппаратами жизнеобеспечения? Это жизнь в вечном страдании, боли и отсутствии надежды. Это большое горе не только для больного человека, но и для его близких родственников, на которых, к тому же, ложится тяжелый груз финансовых затрат на лечение. Но если врач помогает уйти больному из жизни, как же тогда клятва Гиппократа?

Эвтаназия переводится, как «легкая смерть». Термин «эвтаназия» был впервые употреблен философом Френсисом Бэконом в XVI в.

Различают активную и пассивную эвтаназию.

Пассивная эвтаназия (или как ее еще называют – «метод отложенного шприца») – это намеренное прекращение медиками поддерживающей терапии больного.

Активная эвтаназия (или как ее еще называют – «метод наполненного шприца») – это введение умирающему человеку лекарственных средств либо другие действия, которые влекут за собой быструю смерть. К активной эвтаназии относят самоубийство с врачебной помощью, т.е. предоставление больному по его просьбе препаратов, сокращающих жизнь.

Проблема эвтаназии возникла очень давно. Еще в глубокой древности она вызывала много споров среди медиков.

Против эвтаназии выступал Гиппократ. В своей «Клятве» он говорит: *«Я не дам никому смертельного средства и не покажу пути к осуществлению подобного замысла».*

Аристотель был противником эвтаназии, так же как и древнекитайский философ Конфуций. Однако Сократ и Платон считали правомерным умерщвление ослабленных и, особенно, тяжелобольных людей даже без их

согласия. Они полагали, что человек из-за слабости становится обузой для людей и закончить жизнь – его моральный долг.

В древней Индии лекари брались лечить людей только с благоприятным исходом заболевания.

Таким образом, в разных обществах древнего времени на протяжении многих столетий считалось нормальным, что человек отказывается от своей жизни по причине старости или мучительной болезни.

В XX в. сторонники введения эвтаназии в разных странах начали объединяться в различные организации и фонды. В 1935 г. в Лондоне было создано первое в мире *Общество добровольной эвтаназии*. Цель данной организации была направлена на пропаганду идеи о том, что взрослому человеку, который тяжело страдает от неизлечимой болезни, законом должно быть предоставлено право на безболезненную смерть при условии, что на это есть желание больного.

В 1973 г. общества в поддержку эвтаназии возникли в Нидерландах и Швеции, в 1974 г. – в Австралии и Северной Африке, в 1976 г. – в Дании и Японии, в 1977 г. – в Норвегии, в 1978 г. – в Новой Зеландии, в 1980 г. – во Франции и Шотландии, в 1981 г. – в Германии, Канаде, Индии и Зимбабве.

Мировая федерация обществ – сторонников эвтаназии, в которую входят 23 организации из 38 стран мира, раз в два года проводит конференции, на которых призывают врачей мира «дать людям право на смерть». Первая конференция прошла в Токио в 1976 г., последняя – в 2004 г.

Во Франции действует *Ассоциация за право умереть достойной смертью*. Она насчитывает 24 тысячи человек и ратует за то, чтобы максимально облегчить человеческие страдания, а также выступает за активную эвтаназию в случае, если деградация болезни несет прямую опасность достоинству личности.

Осмысленная проблема эвтаназии, следует особо подчеркнуть, что речь все время идет о безнадежно больном, обреченном на страдания и мучительную смерть. А безнадежно больной человек – это и не психопат, и не физический урод, не прикованный к постели инвалид, а умирающий от неизлечимой болезни или несовместимой с жизнью травмы, чья жизнь поддерживается только с применением методов искусственного замещения жизненных функций. Безнадежный больной – это больной, который умрет в ближайшие часы, или дни, или, наконец, месяцы – независимо от наличия искусственной поддержки жизненно важных функций организма.

Большинство ученых считают, что эвтаназия, прежде всего, противоречит основным принципам гуманизма и предназначению медицинской практики. Также они опасаются, что формальное разрешение эвтаназии может стать определенным психическим тормозом для поиска новых, более эффективных средств диагностики и лечения, а также способствовать недобросовестной помощи таким больным.

Основной причиной просьбы больного о скорейшей смерти являются сильные боли, поэтому эта просьба является вынужденной и неискренней. Здесь врач должен противостоять им с помощью богатого спектра обезболивающих средств, которыми сегодня располагает медицина, а не идти на поводу у больного. Другое дело, когда, например, человек находится в состоянии комы длительное время и сознание его уже потеряно безвозвратно.

Более общим явилось мнение, что эвтаназия с моральной точки зрения допустима только в исключительных случаях, но в таких случаях следует ее узаконить. Недавние законодательные инициативы в тех странах, где она допускается, разрешают эвтаназию только в исключительных случаях.

Где же разрешена эвтаназия?

1. США (1998г.) В штате Орегон действует закон, который позволяет активную эвтаназию, однако осуществление эвтаназии затруднено некоторыми юридическими формальностями. (Больной должен на протяжении многих лет выдерживать страдания, несколько раз в устной и письменной форме выразить свое желание на смерть, врачи должны определить, что до его смерти осталось менее 6 месяцев, и смертельный препарат больной должен принять самостоятельно).

В среднем каждый год в штате Орегон около 100 человек обращаются с ходатайством относительно осуществления процедуры эвтаназии.

2. Швейцария (1998 г.). При наличии медицинского заключения о том, что болезнь является неизлечимая и приведет к смерти пациента, выписывается рецепт на приобретение соответствующего лекарственного средства. После этого неизлечимо больной обращается в специализированное заведение, которое помогает ему совершить самоубийство. В Швейцарии так уходят из жизни более 100 человек в год. С той же целью сюда приезжают иностранцы (сведения об их количестве не разглашаются), поскольку это единственная страна в Европе и мире, где эвтаназия не запрещена даже относительно иностранных лиц.

3. Нидерланды (2001 г.). Каждое лицо, достигшее 16 лет, имеет право самостоятельно определить порядок и способ прекращения своей жизни. Например, лицо может написать в своем ходатайстве (заявлении) о том, чтобы его не лечили в случае перечисленных им болезней. Дети до 16 лет могут подать подобное прошение только с согласия родителей.

4. Бельгия (2002 г.) Для получения права на эвтаназию, пациент, страдающий неизлечимой болезнью, должен достичь совершеннолетия. Еще одним условием является то, что пациент должен быть в сознании и письменно подтвердить свое намерение уйти из жизни. В случае, если он не может писать, это должна сделать его доверенная osoba.

Применение эвтаназии в Бельгии может иметь место лишь тогда, когда пациент постоянно испытывает невыносимые физические и душевные боли, которые могли стать результатом несчастного случая или неизлечимой

болезни. Когда пациент находится не в конечной фазе болезни, т.е. не в состоянии агонии, то врач, который следит за ним, прежде чем совершить эвтаназию, должен посоветоваться с другим врачом – с психиатром или специалистом по болезни, которой страдает пациент.

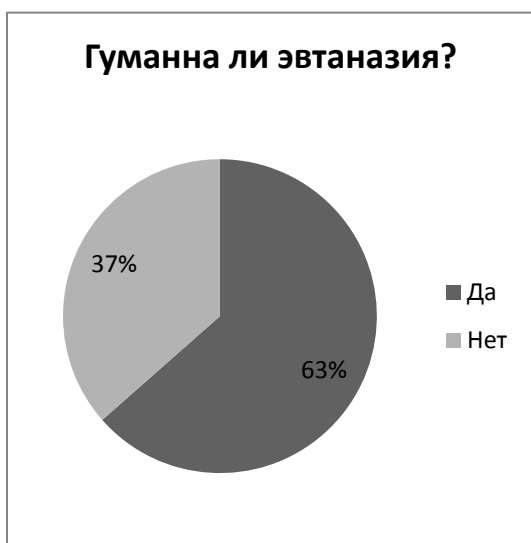
5. Люксембург (2009 г.) Это – последняя страна, которая приняла закон об эвтаназии, но согласно ему, медицинским работникам запрещено помогать, человеку, собравшемуся уходить из жизни.

Стран, принявших закон о легальной эвтаназии, на сегодняшний день очень мало. Плохо это или хорошо? Однозначно тут не ответить. Многие считают это не правомерным, но, с другой стороны, в этих странах действительно осуществляют просьбы людей и уважают их желания, даже если это желание – умереть.

А что же в России?

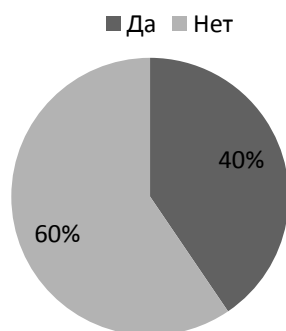
Сейчас в России законодательно запрещены все формы эвтаназии. В статье 45 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан «Запрещение эвтаназии» сказано: «Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии – осуществления просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет ее, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Мною был проведен социологический вопрос на тему «Отношение студентов СГМУ к проблеме эвтаназии». Методом простого анкетирования было опрошено 200 учащихся Северного государственного медицинского университета. Данные опроса представлены на диаграммах.



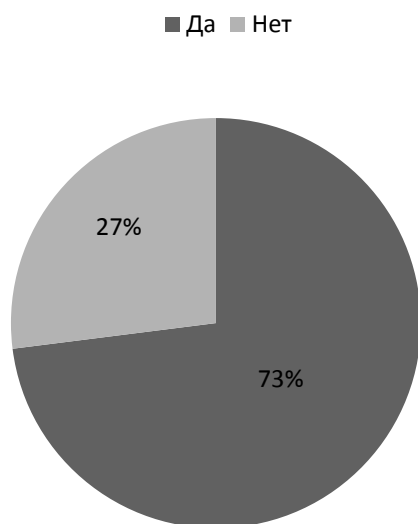
127 студентов (63%) считают, что эвтаназия является проявлением гуманизма, но 73 человека (37%) с ними не согласны

**Смогли бы вы
осуществить эвтаназию?**

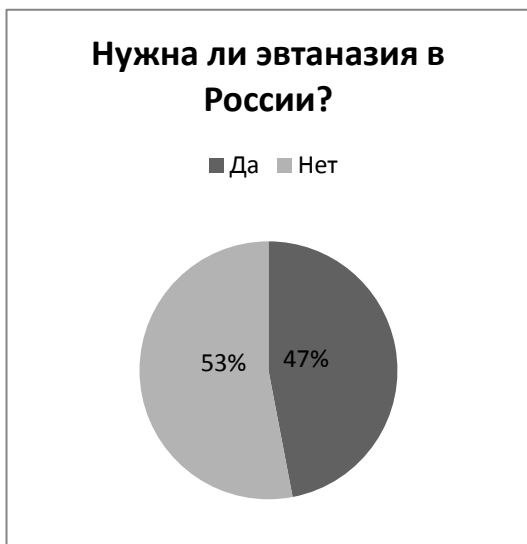


Большинство студентов, а именно 119 человек (60%) полагают, что не смогли бы осуществить эвтаназию, хотя немалое количество – 81 человек (40%) ответили, что совершили бы данную процедуру

**Если бы ваш близкий
человек был смертельно
болен, или же мучался от
невыносимой боли,
приняли бы вы решение
об эвтаназии?**



146 человек (73%) не смогли бы смотреть на мучения близкого и дорогого им человека, они бы приняли решение об эвтаназии, чего не предприняли бы 54 человека (27%).



На данный вопрос мнения разошлись в наименьшей степени. За легализацию эвтаназии в России 94 человека (47%), против нее 106 (53%)

Проведя данный опрос, я убедилась, что мнения об эвтаназии расходятся, как, в общем, и во всем мире. Единого мнения «за» или же «против» дать никто не может, также невозможно определить, эвтаназия – это проявление милосердия или преднамеренное убийство человека. Вопрос об эвтаназии существовал в веках, и будет вызывать споры еще долгое время, пока существует человеческое общество.

Научное издание

Медицина и гуманитарные знания:
области соприкосновения

Выпуск II

**«Гуманитарные аксиомы медицинского
образования в ВУЗе»**

Материалы межвузовской научной студенческой конференции

20 мая 2014

Редактор: *М.А. Смирнова*

Подписано в печать 25.12.2015. Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Печать – ризограф. Гарнитура Times New Roman.
Печ. л. 12,5. Уч.-изд. л. 12.5. Тираж 300 экз. Заказ № 292.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51.
Тел.: (8182) 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru

Отпечатано с готового оригинал-макета
Типография «КИРА»
163061, г. Архангельск, ул. Поморская, 34, тел. 65-47-11.
e-mail: oookira@atnet.ru