

Л. М. Медведева

# МЕДИЦИНА *и* КУЛЬТУРА



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Л. М. Медведева**

# **МЕДИЦИНА И КУЛЬТУРА**

*Учебное пособие*

 ВОЛГОГРАД  
ИЗДАТЕЛЬСТВО  
ВОЛГМУ  
2014

УДК 61:008(075)  
ББК 5+71  
М 42

**Рецензенты:**

к. ист. н., профессор *Г. С. Ковтюх*;  
к. м. н., доцент *Л. Н. Грибина*

*Печатается по решению ЦМС Волгоградского государственного  
медицинского университета*

М 42 **Медведева Л. М.**

Медицина и культура: учебное пособие / Л. М. Медведева. –  
Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2014. – 184 с.: цв. ил.

Фото на обложке – картина Дионисия «Исцеление прокаженного».

**ISBN 978-5-9652-0337-6**

В учебном пособии рассматривается место медицины, медицинских знаний в истории человеческой цивилизации, анализируются некоторые аспекты взаимосвязи и взаимовлияния медицины и культуры в различные исторические эпохи.

Учебное пособие «Медицина и культура» рекомендуется для студентов медицинских вузов и колледжей, изучающих курс истории медицины, а также курс культурологии или спецкурсы соответствующей тематики. Материалы пособия могут быть интересны широкому кругу читателей.

**УДК 61:008(075)**  
**ББК 5+71**

ISBN 978-5-9652-0337-6

© Волгоградский государственный  
медицинский университет, 2014  
© Издательство ВолГМУ, 2014

УДК  
ББК  
М

Медведева Л.М.

Рецензенты:

к. ист. н., профессор Ковтюх Г.С.

к. м. н., доцент Грибина Л.Н.

Печатается по решению ЦМС  
Волгоградского государственного медицинского университета

Медведева Л. М. Медицина и культура. Учебное пособие. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2014. – с.

В учебном пособии рассматривается место медицины, медицинских знаний в истории человеческой цивилизации, анализируются некоторые аспекты взаимосвязи и взаимовлияния медицины и культуры в различные исторические эпохи.

Учебное пособие «Медицина и культура» рекомендуется для студентов медицинских вузов и колледжей, изучающих курс истории медицины, а также курс культурологии или спецкурсы соответствующей тематики. Материалы пособия могут быть интересны широкому кругу читателей.

## Содержание

Введение	4
1. Медицина: вчера, сегодня, завтра	6
2. Медицина в структуре общества	16
3. Профессионально-институциональная структура медицины	28
4. Основные этапы становления и развития медицинского образования в России	47
5. Культурные детерминанты моделей взаимоотношений врача и пациента	62
6. Цена медицинской помощи: исторический ракурс	71
7. Слухи, суеверия и предрассудки в медицине	79
8. Медицина в дневниках и воспоминания	91
9. «Врачи-убийцы»: истоки определения	100
10. Юмор в медицине	112
11. Медицинские музеи как часть историко-культурного наследия медицины	121
Заключение	133
Литература	134

## Введение

Медицина сравнительно новое направление в гуманитарных исследованиях. Ее положение как сферы жизнедеятельности общества кардинально изменилось за счет многочисленных открытий и достижений, что повлекло за собой попытки осмысления сиюминутных результатов и отдаленных последствий, их влияния на общество и конкретного человека. Многие инновации в медицине неоднозначно воспринимаются в обществе, отношение к ним зависит от учета культурных традиций и установок.

Взаимодействия медицины и культуры простые и сложные одновременно. Если рассматривать культуру в самом широком смысле, как все, созданное человеком для его же блага, то медицина является частью общечеловеческой культуры. Это благо, значение которого трудно переоценить, с его помощью человек сохраняет свои основополагающие ценности – жизнь и здоровье.

С другой стороны, медицина сама выступает отдельным видом культуры, которую часто определяют как медицинскую культуру. Она достаточно сложна по своей структуре, можно выделить несколько составляющих частей:

- повседневная медицинская культура населения;
  - культура взаимоотношений врача и пациента;
  - культура взаимоотношений внутри профессиональной группы медицинских работников;
  - культурные практики в медицине;
  - историко-культурное наследие медицины и мн. др.
- В целом, можно выделить как минимум два направления исследования медицины в пространстве культуры: медицина как часть культуры и медицина как культура.

Для реализации глобальной идеи о признании главными ценностями человека и его здоровья необходимы специальные гуманитарные знания, причем с учетом не только социальной, но и культурной неоднородности общества. К сожалению, на сегодняшний день нет фундаментальных исследований по социокультурным аспектам развития отечественной и мировой медицины. Однако, динамика интереса к этой сфере позволяет прогнозировать их появление, они являются важными по причинам не только познавательного характера, но и по практическим соображениям.

Наша работа попытка осветить некоторые аспекты областей пересечения  
медицины и культуры.

## Медицина: вчера, сегодня, завтра

Медицина занимает особое место в жизни конкретного человека и общества в целом за счет своей непосредственной причастности к основополагающим ценностям - здоровью и жизни. Медицина - неотъемлемая часть человеческой жизнедеятельности, необходимость в ней за самыми исключительными случаями сохраняется у человека на протяжении всей жизни, с момента рождения до смерти и каждый человек, к сожалению, является потенциальным пациентом. При этом попытки определить, что есть медицина, ведутся давно. Приведем некоторые из них, прозвучавшие в различные исторические эпохи:

- медицина - врачебное искусство (Гиппократ);
- медицина это наука, познающая состояние тела человека, поскольку оно здорово или утратило здоровье, для того, чтобы сохранить здоровье и вернуть его, если оно утрачено (Ибн-Сина);
- медицина есть более искусство, нежели наука и универсальная наука, вбирающая в себя достижения физиологии, физики, химии и базирующейся на фундаментальных установках теологии и философии (Парацельс);
- медицина - главная наука, наряду с механикой и этикой (Декарт);
- медицина - это своеобразная форма деятельности духа человеческого. Она в одно и то же время – наука, искусство и ремесло (В.Чиж);
- не стоит возводить медицину в науку... То, что она использует достижения фундаментальных наук, еще не делают ее таковою (Н. Зорин).

Существуют различные подходы к определению медицины, но по-прежнему актуальным является вопрос о том, что такое медицина – это самостоятельная наука или совокупность нескольких, наука ли вообще, наука или искусство, объединение науки и практики или своеобразная технология и т.д. Пока дискуссии продолжаются, медицина планомерно развивается, к уже существующим направлениям присоединяются новые. Приведем несколько примеров.

*Народная медицина* – понятие широкое и исторически наиболее древнее. Оно включает совокупность средств и приемов народного врачевания, передающихся от поколения к поколению, выработанных в результате практического опыта на протяжении всей истории человечества – от возникновения человека до наших дней.

*Традиционная медицина* – понятие более узкое исторически позднее по сравнению с народной медициной. В ее основе философское или религиозно-философское учение, в которое органически вплетается опыт народного врачевания определенного этноса. Традиционная медицина развивается в русле традиции, характеризуется стабильностью, минимальными изменениями на протяжении веков и даже тысячелетий.

*Научная медицина* - в ее основе научный эксперимент, в ходе которого проверяются эмпирические знания, научные и философские идеи, создаются стройные научно (экспериментально) обоснованные концепции, гипотезы, теории.

*Нетрадиционная медицина* – это научная медицина, она вне какой-либо традиции, ей всего несколько веков, поэтому она нетрадиционна.

В нашей стране с определениями нетрадиционной медицины существуют некоторые проблемы. В советский период народная и традиционная медицина в совокупности назывались нетрадиционной медициной, в отличие от научной, официально принятой и признанной. Первые два вида медицины фактически находились под запретом и термин «нетрадиционная медицина», как правило, употреблялся в негативном смысле. Разброс трактовок создает определенные коммуникативные трудности в теории и практике, требует их уточнения в каждом конкретном случае.

*Холистическая медицина* – медицина, рассматривающая человека во всех его психофизиологических и духовных проявлениях. Такой подход сформировался в рамках традиционной медицины (особенно в восточных цивилизациях) тысячелетия назад, но в современных условиях становится все более востребованным в связи с актуализацией системного подхода в лечении пациента, началом подготовки врача общей практики и т.п.

*Биомедицина* – медицина, изучающая с теоретических позиций организм человека, его строение и функции в норме и патологии, методы диагностики патологических состояний и их лечения. Часто биомедицину называют теоретической медициной, т.к. она больше занимается теоретическими исследованиями с привлечением методов и данных таких наук как химия, биология, гистология, эмбриология, генетика и др.

*Доказательная медицина* - подход к медицинской практике, при котором решение о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимается исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больного. На сегодняшний день доказательная медицина является одним из самых развивающихся и актуальных направлений.

*Наномедицина* – использование нанотехнологий в медицине, в организме человека на молекулярном уровне. Нанотехнологии в Национальной нанотехнологической инициативе США определяют как: «...возможность, работать на молекулярном уровне, атом к атому, для создания больших структур с принципиально новой молекулярной организацией, ведет к беспрецедентному пониманию и контролю над фундаментальными строительными блоками всех физических объектов». [1, С.38-39] Перспективы, появляющиеся с этими и другими открытиями, позволяют ведущим ученым из различных отраслей науки и техники рассматривать нанотехнологии как основу очередной научно-технической революции, следующей за индустриальными и компьютерной. Как в нашей стране, так и за рубежом с использованием нанотехнологий связывают будущую революцию в области медицины. В мире уже созданы технологии для наномедицинской отрасли, например, адресная доставка лекарств больным клеткам, лаборатории на чипе, новые бактерицидные средства. Адресная доставка лекарств больным клеткам позволяет медикаментам попадать только в больные органы, избегая здоровые, которым эти лекарства могут нанести вред. Лучевая терапия и химиотерапевтическое лечение, уничтожая больные клетки, губит и здоровые, решение этой проблемы подразумевает создание некоторого универсального «транспорта» для лекарств непосредственно больным органам.

Интересным является тот факт, что человечество, еще не получив в полном объеме благ от наномедицины, уже на современном этапе пытается обдумать и предупредить ее возможные негативные последствия. Так, в дискуссии по этому поводу показательны слова Х.Э. Мариносяна: «...общеизвестно к каким печальным социокультурным последствиям может привести не всесторонне, не комплексно контролируемый технический прогресс, как это может отразиться на здоровье

человека, на качестве его жизни и вообще – как изменится природа человека и какой будет человек». [2, С.7]

*Паллиативная медицина* – медицина, позволяющая улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания или ухода за тяжело больным человеком. Использует методы предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки, предусматривает создание хосписов и Домов сестринского ухода для разновозрастных пациентов.

Существуют многочисленные авторские определения медицины, которые используются при анализе особенностей или отдельных сегментов медицины. Например, М. Фуко в работе «Рождение клиники» употребляет следующие: медицина патологических типов, медицина социального пространства, физиологическая медицина, позитивная медицина и т. д. [3]

Учитывая стремительные темпы развития современной медицины, возможно предположить, что область медицины будет расширяться, появятся ее новые направления и определения.

Общераспространенное определение медицины связано с латинской основой «*medicina*», «*medicus*», означающей врачевный, лечебный, лечу, исцеляю. Авторитетное издание «Большая медицинская энциклопедия» дает следующее определение: «Медицина – это система научных знаний и практической деятельности, целью которых является укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека». Это определение в настоящее время активно используется, но и критикуется по нескольким направлениям. Как положительный момент отмечается представление медицины как системы научных знаний. В ходе своего развития она разделилась на несколько самостоятельных отраслей, этот процесс продолжается и в настоящее время. Кроме того, справедливо отмечается и главная особенность медицины: в отличие от любой другой науки, в нее включена практическая деятельность как важная составная часть. Что касается критики, то, Н.Н.Седова отмечает, что это определение было дано еще в 1980-м году, в настоящее время, например, функция продления жизни нуждается в уточнении. Продление жизни с минимальным качеством негуманно, в данном случае

не учтены современные дискуссии вокруг проблемы эвтаназии. [4, С. 6-8]  
Существуют некоторые дискуссионные моменты вокруг соотношения, значимости и первенства в определении предмета медицины таких понятий как здоровье и болезнь и т.п. [5, С. 4]

Одно бесспорно - современная медицина имеет сложную структуру, ее можно рассмотреть по различным основаниям. Так в историческом контексте процесс формирования медицины можно представить в виде пирамиды. Первая грань представлена общим ходом развития медицины и здравоохранения, она содержит много сведений из истории медицины, в ней можно выделить несколько этапов. Зарождение медицины происходит в рамках синкретической культуры общества собирателей и охотников и раннего этапа аграрной культуры, когда главными врачами являлись шаманы, а болезнь чаще всего воспринималась как происки духов или богов. Это период зарождения народной медицины, опыт в этой сфере передавался из поколения в поколение. Второй этап – период древнейших цивилизаций и античности, появление зачатков научных представлений в медицине и первые попытки законодательного регулирования врачебной деятельности. Третий этап связан с периодом Средневековья, монастырской медициной опирающейся на догматы мировых религий и превращением врачевания в разновидность ремесленного труда. Четвертый этап – это переходный период к промышленной цивилизации - от Возрождения до Научной революции. В это время были заложены естественнонаучные предпосылки превращения медицины в область научного знания, прежде всего, благодаря развитию анатомии, физики, химии и др. Пятый этап - развитие медицинской науки как научной в XVIII-XIX веках. Этот процесс проходил через дифференциацию и формирование фундаментальных медицинских наук (физиология, биохимия, фармакология и др.), а также специализацию в клинической практике, появление государственных и частных моделей здравоохранения и т.п. Шестой этап - современный период, характеризующийся ростом междисциплинарных исследований, формированием новых научных дисциплин на стыке различных специальностей, объединяющие часто, на первый взгляд, далекие друг от друга сферы из области различных наук (биоэтика, социология медицины, медицинская информатика и т.д.).

Вторая грань – естественные и точные науки, лежащие в основе как теоретических, так и клинических дисциплин (анатомия, биология, химия, физика, информатика и т.п.).

Третья грань – теоретическая медицина (нормальная и патологическая физиология, анатомия, фармакология, биохимия, микробиология и др.), которые служат основой, как для теоретических представлений, так и клинических исследований.

Замыкают пирамиду, являясь ее конечной точкой, клинические дисциплины или практическая медицина, которая сегодня представлена многочисленными медицинскими специальностями, важнейшими из которых являются: терапия, педиатрия, хирургия, стоматология. Отметим, что согласно этой схеме в сегодняшнем высшем медицинском образовании осуществляется поэтапная подготовка врача в вузе. В целом, структура современной медицины это настоящая империя, причем постоянно расширяющаяся. Существует большое количество наук, научных дисциплин, сфер деятельности с определениями «медицинский» или «медицина»: медицинская этика, медицинское право, медицинская кибернетика, медицинская география, медицинская информатика, медицина катастроф, медицинская периодика, медицинские проблемы формирования личности и т.п.

На каждом историческом этапе определенные науки занимают лидирующие позиции, являются науками-пионерами, которые формируют культурное лицо эпохи. В разные времена эту роль выполняли механика, естествознание, физика и т.п. Медицина как сфера жизнедеятельности играет особую роль в обществе, но отношение к ней со стороны большинства населения долгое время было неоднозначным и неравнозначным. Однако, исследователи отмечают периоды повышенного влияния и внимания к этой сфере, например «...эпоха Рабле во Франции была единственной эпохой в истории европейских идеологий, когда медицина находилась в центре не только естественных, но и гуманитарных наук и когда она почти отождествлялась с философией. Это явление наблюдалось не только во Франции: многие великие гуманисты и ученые той эпохи были врачами: Корнелий Агриппа, химик Парацельс, математик Кардано, астроном Коперник. Это была единственная эпоха (отдельные индивидуальные попытки имели место, конечно, и в

другие времена), пытавшаяся ориентировать всю картину мира, все мировоззрение именно на медицине». [6, С. 398]

Что касается, современной эпохи, то, по мнению Ю.М. Хрусталева: «В XXI в., скорее всего, лидирующее положение займут теоретическая медицина, биология и физиология. Они совместно с философией уже сегодня наиболее активно интегрируют новое научное знание о человеке в целом. В них вырабатываются новые мировоззренческие, теоретико-познавательные парадигмы, становящиеся стандартом в научно-творческой деятельности вообще. Биология и медицина становятся весомой частью общечеловеческой культуры». [7, С. 593]

И эта точка зрения далеко не одинока, для подтверждения приведем еще одну цитату: «Сегодня ... век биологии действительно наступил. При этом, правда, необходимо сделать одно существенное уточнение и говорить о веке не столько биологии, сколько *биомедицины*. А это значит, что наибольшим приоритетом в обществе пользуется не биология как таковая, а биология в той мере, в какой она причастна к изучению и открытию возможностей сохранения и укрепления человеческого здоровья... Однако, сегодня биомедицина, на наш взгляд, представляет собой одну из фокальных точек развития науки, тех точек, в которых раньше или же более рельефно, чем во всех других, проявляются многие глобальные тенденции, значимые для науки в целом». [8, С. 5]

Медицина как жизненно важный феномен привлекала внимание исследователей различных направлений, постепенно она стала предметом рассмотрения ученых-гуманитариев, особенно философов и культурологов. На этот процесс повлияло то обстоятельство, что на рубеже XX-XXI веков феномен культуры начал осмысливаться как пронизывающий все сферы человеческого бытия, культура приобрела статус одной из важнейших научных категорий, затрагивая и такую специфическую область, как медицина. Исходя из самой широкой трактовки культуры как второй природы, созданной человеком для его же блага, медицина представляет собой предмет чрезвычайно интересный для анализа. Анализируя эти два феномена, несложно сделать вывод, что культура и медицина обладают единой траекторией развития. И у них есть общая точка соприкосновения - медицина и культура в качестве основного предмета исследования и воздействия рассматривают человека и создаются человеком, что обуславливает их взаимодействие. Хотя каждый

из этих феноменов существует и как самостоятельная сфера жизнедеятельности общества, обладая целым рядом собственных системообразующих факторов.

Медицина является концентрированным отражением материальных и духовных достижений культуры конкретной исторической эпохи. Она - часть культуры на определенном этапе исторического развития и поэтому возможно ее рассмотрение через призму культурного развития общества. Исследование медицины в контексте общекультурных изменений открывает новые возможности в плане развития междисциплинарного подхода, в рамках которого медицина приобретает статус связующего звена между естественными и гуманитарными науками. Медицина начинает рассматриваться в культурологическом контексте с различных позиций, например медицина в социокультурной динамике общества [9], медицинская культура [10], медицина как культурный комплекс [11], образ врача в культуре [12], медицина как феномен культуры с позиций опыта гуманитарного исследования [13] и др.

На сегодняшний день медицина может быть рассмотрена как самый сложный комплекс разнообразных артефактов и новейших достижений, она имеет действительно широкое культурное поле, свою историю от момента накопления примитивных знаний по оказанию первой помощи к формированию народной, традиционной и научной медицины. В рамках медицины были сделаны многочисленные открытия и изобретения, пополнившие научные знания и материальную культуру разных эпох, сложились определенные требования к представителям врачебной профессии, этические нормы взаимоотношений с пациентами, возникли профильные учебные и научно-исследовательские заведения, сформировалась правовая база медицинской деятельности, тема медицины широко отражена в искусстве, медицинские термины прочно вошли в речь, медицинские представления являются значимой частью повседневной культуры и т. д. и т. п. При таком широком подходе можно выделить как минимум два направления исследования: медицина как культура и медицина как часть культуры. Мы рассмотрим лишь некоторые аспекты взаимодействия медицины и культуры.

### **Примечание**

1. Аксенов В.А. Российская наномедицина: как выдать ситро за шампанское.//Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. 2009 - №2 - С.38-39

2. Социально-философские аспекты наномедицины: перспективы, проблемы, риски. Круглый стол. // Философские науки. 2009 - №9 – С.7
3. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл. 1998. – 310 с.
4. Седова Н.Н. Философия медицины. Курс лекций для аспирантов и соискателей ученых степеней по медицинским специальностям. – Волгоград: ВолГМУ, 2009 – С. 6-8
5. Медведева Л.М. Болезнь в культуре и культура болезни: Монография. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2013. – С. 4
6. Бахтин М.М. Творчество Франсуа Рабле и народная культура средневековья и Ренессанса. М., «Художественная литература», 1990 – С. 198
7. Хрусталева Ю.М. Философия. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.- С. 593
8. Юдин Б.Г. Философия биомедицинских исследований: Этнос науки начала третьего тысячелетия. М., Институт человека РАН; Независимый институт гражданского общества, 2004. – С. 5
9. Чернышева И.В. Медицина в социокультурной динамике общества. Автореф. дис. на соиск. уч. ст. к. филос.н., Волгоград, 2007 – 27с.
10. Корниец Н.И. О формировании медицинской культуры // Гуманитарное образование и медицина: Сб. науч. трудов. – Т. 60, Вып. 1 – Волгоград, 2003. – С. 321-325
11. Седова Н.Н. Биоэтика: курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов/Н.Н.Седова.- Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2007. – 204 с.; Скворцов В.Я. Социально-философский анализ взаимодействия медицины и искусства. Автореф. дис. на соиск. уч. ст. д. филос.н., Волгоград, 1998. – 41с.
12. Кириленко Е.И. Медицина как феномен культуры: опыт гуманитарного исследования. Автореф. диссер. на соиск. уч. ст. д. филос. н., Томск, 2009 – 43 с.
12. Ковелина Т. А. Образ врача в культуре. Автореф. дис. на соиск. уч.ст. докт. филос. н. Ростов-на-Дону, 2006 – 41с.

## Медицина в структуре общества

Медицина активно взаимодействует со многими социальными институтами и сферами жизнедеятельности общества, причем этот процесс имеет взаимообусловленный характер. Эти отношения весьма подвижны и меняются во времени, показательным примером является связь между медициной и религией.

Первоначально медицина развивалась в рамках религиозных представлений, как отражение синкретизма общего характера первобытной культуры, позже вышла за их пределы, но до настоящего времени находится под этим влиянием, особенно в сознании непрофессионалов. Так, на определенных этапах исторического развития четко просматривается влияние религии. Болезни воспринимались как наказание Божье, лечение производилось с помощью молитв, создавались первые госпитали и приюты при монастырях и церквях, а талантливого врача и сегодня называют «врач божьей милостью» и т. п. [1] Формирование морального облика врача в России также испытало влияние религии, впитав лучшие традиции православного христианства.

На сравнительно короткий период в нашей стране церковь была отделена от государства и от существующей на тот момент государственной медицины. В настоящее время наблюдается активное восстановление традиций и ценностей взаимодействия медицины и религии. Современный опыт такого сотрудничества представлен в произведении Л.Улицкой «Человек попал в больницу», причем опыт позитивный, касающийся помощи детям. Сегодня на территориях больниц или в их помещениях почти повсеместно можно увидеть церкви, часовни, культовые сооружения. Появились и обобщающие научные исследования, посвященные изучению этих взаимодействий. [2] Сотрудничество медицины и религии наблюдается в различных конфессиях и в различные исторические эпохи. Известны следующие факты из истории мусульманства: на территориях больниц Халифата обязательно строились мечети, в 9 веке Ахмад ибн Тулун при своей дворцовой мечети учредил аптеку, в которой врач бесплатно лечил проходящих больных.

В настоящее время религия, расширяя сферу своего влияния, претендует, прежде всего, на морально-нравственную область. Врачевание носит нравственный характер, поэтому религия и церковь уделяют большое внимание медицине, это их своеобразная точка пересечения. Внимание церкви распространяется на помощь больному духовно пережить свой недуг, актах благотворительности больницам и

госпиталям, на отношения больного и врача. Представители церкви призывают к возрождению нравственно-христианских начал в медицине, появился лозунг: «Церковь заодно с Минздравом». В таком сотрудничестве есть множество положительных моментов, но все же не стоит забывать о религиозной догматике и часто враждебном отношении церкви к новым открытиям и их применению в медицине, причем на протяжении веков.

Особенно отличаются негативным влиянием религии на медицину средние века. Печально известна практика запрета вскрытия трупов, ограничений изучения достижений античной медицины, преследования прогрессивно мыслящих врачей и т.п., такие примеры можно найти и в более поздние периоды. Д. Уоллер в своем исследовании приводит письмо Симпсона (Джеймс Янг Симпсон – профессор повивального института, впервые применил обезболивающее средство (хлороформ) при родах и встретил сильную оппозицию со стороны врачей и духовенства по поводу применения анестезии), где отмечается по поводу изобретения и использования анестезии следующее: «Здесь в Эдинбурге, я уже не встречаю никаких возражений по этому вопросу, ибо и религиозные, и другие возражения против использования хлороформа среди нас уже не слышны. Но поначалу в Эдинбурге дела обстояли далеко не так: я сталкивался с большим количеством пациентов, религиозные воззрения которых не допускали его применения. Некоторые даже консультировались со священником. Однажды при встрече преподобный Х. остановил меня и сказал, что он только что отпустил грехи больной, которая воспользовалась хлороформом во время родов, чтобы избежать страданий, но с тех пор страдает оттого, что ей кажется, будто она совершила что-то непотребное и грешное. До настоящего времени лишь некоторые священники громко выступают против хлороформа. Я недавно видел письмо, написанное неким священником своему другу-медику, в котором он объявляет, что хлороформ – это (я цитирую его собственные слова) «приманка Сатаны, который таким образом хочет прельстить женщин, но в конце концов лишь огрубит общество и лишит Господа наших взываний к Нему о помощи в минуты тяжелых испытаний». Действительно, теологи и священники долгое время утверждали, что любые попытки спасти женщину от родовых мук вступают в прямое противоречие с наставлениями Господа, ибо, согласно Библии, после того как Ева ослушалась в саду Эдема, Бог проклял ее со

словами: «Умножая умножу скорбь твою в беременности твоей; в болезни будешь рожать детей; и к мужу твоему влечение твое, и он будет господствовать над тобой». [3, С. 383-384, 388] А в 1853 году Джон Сноу применил хлороформ королеве Виктории во время родов ее восьмого ребенка. Вслед за королевой на применение анестезии стали соглашаться дамы высшего света. [4, С. 38] Так, по большому счету, с легкой руки королевы Виктории начиналась эра обезболивания.

Однако, до настоящего времени отношения между представителями церкви и врачами не всегда складываются гладко. Не смотря на общие цели, встречаются случаи непонимания, ведь основания, функции и главные ценности этих сфер очень разные. Вот как описывает один из таких случаев доктор Б. Лаун, американский врач, кардиолог, изобретатель дефибриллятора, получивший Нобелевскую премию мира в 1985 году «За информирование общественности и склонение общественного сознания в пользу мира»: «С затуманенным взором я описывал то, что произошло ночью, и регистрировал принятые меры. Неожиданно меня прервал грузный и лысеющий ирландский священник, который вошел пыхтя. Он узнал, что одна из его прихожанок находится при смерти и он должен немедленно ее видеть. Я сказал, что она только что заснула, получив передышку после мучительных двадцати четырех часов. Я объяснил ее опасное для жизни состояние. «Тем более мне необходимо ее видеть», - ответил он. Я в отчаянии и, конечно, с раздражением умолял его. Я готов был встать на колени, пойти в церковь, сделать пожертвование католикам по его выбору. Он ожесточался все больше и заявил нечто вроде того, что меня нельзя допускать к пациентам-католикам, потому что я не знаю их *культуры* (выделено мною – Л.М.) и психологии. Католики ликуют и получают духовную поддержку, когда видят своего пастора. Указав на свой грудной карман, он заявил многозначительно: «Я несу ей паспорт на небеса!». С этими словами он быстрым маршем прошел мимо меня к ее постели, а я последовал за ним. Она спокойно спала, дыхание было не учащенным. Появление священника разбудило ее неожиданно. Она широко открыла глаза, не понимая, что происходит. Он начал произносить нараспев молитву на латыни и водить распятие по ее телу. Она всхлипнула от боли, кровь хлынула из ее рта с громким хрипящим звуком. Через двадцать минут она умерла.

Священник злобно упрекнул меня в попытке помешать его святой миссии, подчеркнув, что все же в последний момент ему удалось облегчить путь в мир иной

одной из прихожанок своей паствы. Он подал на меня жалобу в администрацию больницы, сообщая, что я пытался препятствовать выполнять важную религиозную функцию. И управляющий этой еврейской больницы высказал мне порицание в мягкой форме.

Обдумывая свои действия, я чувствую, что проявлял определенную самоуверенность. Г-жа Д. страдала смертельной болезнью, и в то время ничто не могло продлить ей жизнь дольше, чем на несколько недель. Вполне вероятно, что она могла умереть в тот же день. Тот факт, что она успела получить последние ритуалы и святое причастие, облегчило страдания семьи от понесенной утраты. Однако я сильнее почувствовал глубину этой трагедии, когда через год доктор Дуайт Харкин в Бостоне и доктор Чарлз Бейли в Филадельфии стали делать операцию вальвулотомии на митральном клапане, чтобы расширить стенозный клапан. Это спасло бы ей жизнь». [5, С. 240-241] Как видим, отношения между церковью и медициной могут складываться по-разному, но, вероятно, в силу традиции в том числе, многие медицинские работники и непрофессионалы видят в консолидации сил этих двух сфер залог успеха преодоления некоторых кризисных явлений в медицине.

Медицина и философия также имеют тесную связь, сложившуюся на ранних этапах развития этих наук. Философия как мировоззрение, система идей и взглядов на мир и на место в нем человека, исследуя познавательное, социально-политическое, ценностное, этическое и эстетическое отношение к миру уделяла большое внимание медицине и медицинским проблемам. Уже на этапе формирования медицины учитывались ее философские основы, особенно это показательно относительно традиционной медицины. Название глав современных учебников истории медицины отражает эту ситуацию, например «Философские основы китайской медицины», «Философские основы древнегреческой медицины» и т.п. Философы и врачи обращали пристальное внимание на анализ таких центральных проблем жизнедеятельности человека, как здоровье, болезнь, норма, патология, все те понятия и явления, которые традиционно включаются в исследовательское поле медицины.

Становление медицины как системы научного знания базировалось на философских представлениях своего времени. Например, в философской традиции Древнего мира человек считался подобием космоса, как часть микрокосмоса состоял из тех же частиц, что и макрокосмос. Исходя из этих представлений, здоровье и

болезнь определяли как правильное или неправильное соотношение космических по своей сути частиц. Гуморальная теория Гиппократов является яркой иллюстрацией воздействия философских воззрений на понимание природы болезней. Философия Демокрита оказала огромное влияние на формирование солидарной теории в объяснении этого феномена. Взаимодействие медицины и философии находит подтверждение в аттестации научных кадров. В 14 веке создается «Салернский кодекс здоровья», написанный врачом и философом Арнольдом из Виллановы. В 16 веке Георгий Скорина держит экзамен на звание доктора медицинских наук и в Падуе созывается коллегия докторов медицинских и философских наук. В 17 веке Петр Постников подписывается «врач и философ». Современные врачи, претендуя на получение ученой степени кандидата медицинских наук обязательно должны сдать экзамен по философии и истории науки. Философия, изучающая всеобщие законы и закономерности развития, по-прежнему, имеет большое значение для медицины. А слова отца медицины Гиппократов, ставшие афоризмами: «Врач, который является поклонником мудрости, равен богам», по-прежнему, остаются актуальными.

Очевидно взаимодействие медицины со сферой права. Первоначально закрепление норм и правил в медицине осуществлялось силой устного права, путем создания врачебных клятв и обещаний, самая известная из которых «Клятва Гиппократов». Дошедшая до наших дней, она и сегодня служит основой для современных клятв медиков. Современная Клятва российского врача отличается от «Клятвы Гиппократов» даже по объему, это понятно, так как увеличилась сфера деятельности врача, его роль и значение в решении многочисленных социальных проблем, усложнилась процедура оказания помощи пациентам, ее организационно-документальное оформление, что часто требует правового обоснования. Кроме того, в составе медицинских работников появились новые группы, например, фармацевты и провизоры. Они относительно автономны и принимают собственные кодексы профессиональной чести. При этом сохраняется непосредственная связь, общие черты между сегодняшними клятвами и предшествующими, которая касается, прежде всего, их общего гуманного характера.

Клятвы, присяги, обещания врачей, хотя и имеют большое значение для врачей и общества в целом, являются только моральными нормами, не имеющими юридической силы. Происходящие изменения в обществе диктуют необходимость

правовой основы деятельности врача, поскольку: «Упорядоченность общественных отношений правовыми нормами присуща организованному обществу. Право – одно из необходимых условий существования и развития как всего общества, так и сферы врачевания». [6, С. 6] В настоящее время в нашей стране существует ряд законов, регламентирующих врачебную и медицинскую деятельность. Сфера деятельности медицины очень широка, поэтому вопросы, возникающие в ней, регулируются многими отраслями права: трудовое, административное, семейное, уголовное и т.п. Вопросам здравоохранения посвящены многие законодательные акты, начиная с основного закона «Конституции РФ», заканчивая специфически медицинскими «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О донорстве крови и ее компонентов», и т.д., которые являются составляющими частями отрасли «законодательства об охране здоровья граждан». На основе данных законодательных актов постепенно сформировано врачебное право/медицинское право или право об охране здоровья, которое регулирует отношения, возникающие по поводу оказания лечебно-профилактической помощи. Началось издание журнала «Медицинское право», в обязательные образовательные программы медицинских вузов страны введен курс правоведения, где значительное внимание уделяется вопросам врачебной практики, продолжается теоретическое изучение вопросов взаимодействия медицины и права. [7]

В современных цивилизованных обществах деятельность медика, его права и обязанности определяются законом. В российском законодательстве сформулированы параметры профессиональной деятельности медиков, порядок и условия выдачи лицензий на определенные виды медицинских услуг, оговорены права на занятия частной практикой, уделено внимание социальной и правовой защите медицинских и фармацевтических работников, условия оплаты труда и пр. Наличие подобного законодательства свидетельствует о стремлении общества и государства контролировать деятельность медиков на правовой основе. Противоположной стороной медали является вопрос о правовой защите самого врача, в России в частности сложилась почти казусная ситуация, когда врач имеет только обязанности, но совершенно не защищен в правовом отношении. Сегодня это одна из

самых обсуждаемых тем на страницах специальной правовой и медицинской литературы, в инициативных исследованиях и средствах массовой информации. [8]

Инновации в области науки, техники, экономики диктуют необходимость расширения правовой основы деятельности врача. Такие направления в медицине, как трансплантация органов и тканей, проведение различных медицинских экспериментов, искусственное оплодотворение, деятельность экстрасенсов, судебно-медицинская экспертиза немыслимы без правового обоснования. Более того, новые знания о человеке будут изменять понимание его природы, жизни, смерти и повлекут за собой изменения в сфере врачебного права, причем, в сторону его расширения. Правовые отношения стали определяющими в медицине, даже непосредственное общение пациента и врача, изначально стоившееся на нравственной основе, имеет устойчивую тенденцию к регулированию с помощью юридически-правовых норм. Существует приоритет международного права над национальным, но в случае с медициной при принятии новых законов необходимо строго учитывать национальные традиции, детерминированные культурой в целом.

Взаимодействие медицины и экономики имеет несколько направлений. Финансовый вопрос часто играет ключевую роль для развития всей системы здравоохранения, начиная от научных разработок, заканчивая практической медициной и лечением конкретного больного. Отношения в медицине по поводу лечения болезней, сохранения здоровья находятся в ценностном поле взаимоотношений индивидов, прежде всего, по причине соприкосновения с главными ценностями человека и общества в целом – жизни и здоровья. В поле этих отношений попадает и проблема оплаты за получение/оказание медицинской помощи. На протяжении истории эта проблема существовала и решалась в зависимости от установок, норм, господствующих в обществе, культурных традиций, государственной политики. В виду особой важности вопроса мы остановимся на нем подробнее в одной из глав этой книги.

Сегодня ситуация в медицине и здравоохранении сложная, пациенту часто трудно в ней ориентироваться самостоятельно и его расходы напрямую могут зависеть от порядочности врача. Основой взаимоотношений врача и пациента всегда считалось «доверие, поддерживаемое альтруизмом» и никакие другие компромиссы с какими-либо интересами и нуждами считались недопустимыми. Врачебный кодекс

предписывает поддерживать с пациентом такие отношения, которые соответствуют профессиональным нормам морали и никогда не использовать в своих интересах естественную зависимость пациента от врача. [9, С. 9-10] Врач должен также рационально использовать личные ресурсы и возможности пациента, особенно если эти средства ограничены, уметь находить наиболее экономически оправданные способы лечения. Сегодня особую актуальность в этом направлении приобретает проблема т.н. избыточных процедур, которых можно избежать без ущерба для здоровья пациентов. Врач нередко смотрит на пациента как на прямой источник своих доходов, что напрямую связано с ростом предлагаемых диагностических и лечебных процедур, дорогостоящих препаратов. Коммерциализация сферы здравоохранения приводит к тому, что сегодня в медицинскую сферу попадает все больше людей, которые не идентифицируют себя с ценностями врачебной профессии. Они больше заботятся о личных дополнительных доходах, посредством внеочередной госпитализации, неучтенного приема пациентов за плату, использования оборудования лечебного учреждения в личных интересах, организуя, таким образом, бизнес на собственном рабочем месте.

Медицина как своеобразная отрасль знаний использует данные многих наук, для нее большое значение имеют достижения и открытия в области естественных, гуманитарных и даже точных наук. Кроме того, на развитие медицины оказывает большое влияние прогресс в области техники, существует периодизация развития техники и ее влияния на медицину. Одна из них состоит из четырех этапов:

- 1) ручные орудия труда;
- 2) механические инструменты, приборы, установки и соответствующая им технология;
- 3) развитая машинная техника;
- 4) электронно-вычислительные установки, компьютеры, роботы и технологии.

[10, С. 81]

Роль усовершенствований в технике и влияние этого процесса на развитие медицины ясна: новые инструменты, установки помогают врачу бороться с ранее неподдающимися диагностике или лечению заболеваниями. Но есть и отрицательные последствия этого процесса, это появление, так называемого техницизма в медицине, который приводит к отдалению врача от непосредственного контакта с пациентом,

мешает формированию клинического мышления, способствует обезличиванию медицины в целом. Кроме того, огромные технологические сдвиги, произошедшие в современной медицине, такие как поддержание жизни больного, трансплантация органов, генная инженерия и др., поставили перед обществом ряд новых проблем, прежде всего, этического и юридического характера, связанных с определением степени вмешательства в человеческую жизнь и их последствий.

Благодаря подвижности взаимодействий различных сфер общества и медицины, одна из них может в процессе развития в большей степени доминировать или находиться в подчиненном положении, или они могут быть взаимозаменяемыми. Так, Н. Смелзер приводит пример взаимопроникающего влияния семьи и медицины: «Врачи и медицинские учреждения почти полностью заменили семью в отношении заботы о здоровье людей, хотя члены семьи по-прежнему решают, существует ли необходимость обратиться за медицинской помощью». [11, С. 405] Б. Лаун возражает против такой ситуации и отмечает необходимость для тяжело больных и умирающих людей находиться в семье: «Каждый человек должен умирать по-своему, так, как и прожил свою жизнь. Поэтому семейный очаг – лучшее место для умирания. Так происходило в течение всей человеческой истории, за исключением последних десятилетий». [12, С. 252-253] Этот вопрос имеет выраженный дискуссионный характер и еще ждет своего разрешения, возможно, неоднозначного, в зависимости от уровня развития медицины и общества. [13]

Мы привели всего несколько примеров взаимодействия медицины с различными сферами жизнедеятельности общества. Этот список можно легко продолжить. Медицина имеет тесную связь с политикой, образованием, наукой, этикой, искусством (иллюстрации, используемые в этой книге, частично отражают эту взаимосвязь) и т.д. Очевидно одно - медицина активно взаимодействует практически со всеми общественными сферами, прежде всего, за счет своего всеобъемлющего характера, обусловленного сохранением здоровья, главной ценности, как отдельного человека, так и общества в целом.

### **Примечания**

- 1.Рябушкин Н.В., Царегородцев Г.И. Наказание ли Божье? Медицина и религия. М.: Политиздат, 1988. – 319 с.
- 2.Черкасова А. Е. Взаимодействие медицины и религии (на примере российской медицины и русского православия): Монография/Под ред. А. В. Решетникова, В. З. Кучеренко. – М.: Софт Издат, 2005. – 272 с.

3. Уоллер Д. Правда и ложь в истории великих открытий/Джон Уоллер: пер. с англ. К. Лукьяненко. М.: КоЛибри. Азбука-Аттикус, 2011.- С. 383-384, 388
4. Чернышева И.В. О медицинской культуре викторианской Англии. // Гуманитарное образование и медицина: сборник научных трудов. – Т.65, вып. 1-2. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2011. – С. 38
5. Лаун Б. Дети Гиппократы XXI века: дела сердечные/Бернард Лаун; [пер. с англ. М.Вавиловой]. – М.: Эксмо, 2010. – С. 240-241.
6. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. – М.: Издательство БЕК, 1995. – С.6
7. Бударин Г.Ю., Петров А.В., Седова Н.Н. Медицинские нормы и юридические законы: Монография. М.: ООО Издательская группа «Юрист», 2012. – 324 с.
8. Малюков А. В. Страхование профессиональной ответственности врачей как форма социальной защиты. Автореф. дис. на соиск. уч. ст. к. м. н., Волгоград, 2009 - 24с.; Соломатин М.М. Динамика нормативной регуляции в отечественной стоматологии. Автореф. дис. на соиск. уч. ст. к. м. н., Волгоград, 2013 – 27 с. и др.
9. Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.Н. Медицина и общество, врач и пациент в XXI веке.//Российский медицинский журнал. 2003 - №6 – С. 9-10
10. Лисицын Ю.П., Сахно А.В. Здоровье человека – социальная ценность. – М.: Мысль, 1989. - С. 81.
11. Смелзер Н. Социология. – М.: Феникс, 1994. – С. 405
12. Лаун Б. Дети Гиппократы XXI века: дела сердечные/Бернард Лаун; [пер. с англ. М.Вавиловой]. – М.: Эксмо, 2010. – С. 252-253
13. Кесаева Р.Э., Рейтер К.А. Взаимодействие семьи и медицины как социальных институтов: монография/Р.Э. Кесаева. К.А. Рейтер. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2006. - 180 с.

## **Профессионально-институциональная структура медицины**

Сфера медицины в современном обществе имеет сложную структуру. Главная фигура медицины - врач, он является ядром всей группы медицинских работников. Эта профессиональная группа представляет собой сплоченное и организационно устойчивое объединение, осуществляющее сохранение и передачу умений, навыков, профессиональной идеологии, а также способствующее созданию учебных заведений по подготовке новых кадров.

Группа медицинских работников – это разновидность социальной группы. Для выделения социальных групп в структуре общества используются т.н. принципы обособления. Один из вариантов предложил Н. Смелзер: определенный способ взаимодействия между членами; членство, чувство принадлежности к данной группе; идентичность членов группы со стороны посторонних. [1] Более детальные принципы обособления социальных групп, которыми мы воспользуемся для анализа профессиональной группы медицинских работников, выделил Я. Щепаньский. Они включают в себя:

- внутреннюю организацию;
- собственные ценности;
- психологическую связь, выражаемую словом «мы»;
- собственные принципы обособления. [2]

Начнем анализ, применительно к социальной группе медицинских работников, по данной схеме с последнего положения, которое наиболее заметно в повседневной культуре. Собственных принципов обособления у профессиональной группы медиков значительно больше, чем у любой другой. С начала своего формирования она заботилась о корпоративности, связанной со многими объективными причинами, прежде всего, рациональным отношением к здоровью и человеческой жизни. На первых порах этой цели служили врачебные клятвы, которые в определенной мере контролировали доступ в члены группы. В настоящее время клятвы врачей сохранились, но выполняют ритуальные функции продолжения традиции. В современных условиях корпоративность группы медицинских работников в большей степени определяется правовыми нормами.

Сравнение текста «Клятвы» Гиппократ и «Клятвы врача», утвержденной Государственной Думой РФ в 1999 году, позволяет проследить, каким образом изменения в медицине обусловили пересмотр, как некоторых ценностных установок врачебной специальности, так и преемственность лучших традиций медицины.

### **Клятва Гиппократ**

Клянусь Аполлоном-врачом, Асклепием, Гигиеей и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всякого намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

### **Клятва врача**

Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь: честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и

укреплению

здоровья

человека;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств; проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии; хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту; доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете; постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины - КЛЯНУСЬ.

Одним из признаков обособления можно считать эмблемы и символы, присущие медицине. [3] Они возникли исторически и до сих пор используются для обозначения сфер влияния медицины и ее гуманного характера. Самыми известными символами до сегодняшнего дня остаются змея, чаша и посох, также используют их композиции.

Змея считается символом вечной юности и вечной жизни, за счет ежегодной смены кожи. В Древней Греции змея являлась символом мудрости, науки, познания, часто хранительницы домашнего очага. Ее образ применяли для изгнания болезней, а змеиный яд считался универсальным лекарственным средством. Он и в современной медицине используется в составе многих медицинских препаратов.

Образ чаши связан с традицией приготовления лекарств в ритуальной чаше и ценностью воды, которая считалась очищающим целебным средством. Символ чаши со змеей связывают с историей ядов и противоядий, которые обычно хранили в специальных чашах. Сегодня этот знак часто используют в качестве символа аптечного дела и аптек.

Посох чаще изображают обвитым змеей. Он символизирует странствующего врача, а также его возраст и ценность опыта. Посох с ветками и листьями –

олицетворение выздоровления, жизненных сил. Посох прообраз знаменитой врачебной трости, в верхней части которой часто находилось средство для профилактики заражения или противоядие. Всемирная организация здравоохранения в качестве международной эмблемы здравоохранения выбрала посох, обвитый змеей.

Кроме того, в разных культурах в качестве символов медицины могли использовать образ петуха, козы, пентаграммы, зеркало и т.д. Зеркало было распространенным символом медицины в эпоху Возрождения. Оно олицетворяло врачебное ясновидение, чистоту намерений врача, иногда место обитания духа здоровья и т.п. Международные конгрессы по истории медицины (1970, 1980), а также Международное общество истории медицины выбрали в качестве своего символа зеркало, рукоятку которого обвивает змея.

Внешний вид медиков – это тоже своеобразный признак обособления. Медицинские работники традиционно ассоциируются у непрофессионалов с людьми в белых халатах, что формирует физический образ профессиональной группы в целом. История врачебного костюма является частью истории медицины. Врачи могли носить дорогие камзолы, бархатные береты, трости, золотые цепочки и т.п., чтобы произвести эффект преуспевания в профессии. Тем не менее, одежда подавляющего большинства врачей XVIII-XIX веков (фрак, двубортный пиджак, сюртук) свидетельствовала о скромности и отсутствии внешней бравяды, преобладающими были черты демократического стиля. Привычные белые халаты начали входить в практику медицины только во второй половине XIX века. Белый цвет используется как символ чистоты и даже, в определенной степени, святости врачебной профессии. Эта форма сохранилась до настоящего времени, но появились и более удобные для повседневной работы костюмы в виде пижам (голубые, зеленоватые, светло-коричневые оттенки).

И, наконец, один из самых важных принципов обособления медиков – профессиональный язык. Наличие специфического языка у различных социальных групп достаточно распространенное явление, но у медиков он полифункционален. Как и другие признаки обособления, профессиональный язык формируется исторически. Главными его функциями является отделение от членов других групп и общение с членами своей профессиональной группы на информативно более сжатом языке. Кроме того, он служит для выполнения сугубо медицинских целей, например,

сохранение врачебной тайны. [4] Однако, с возрастанием уровня образования, медицинской культуры в обществе, работой средств массовой информации степень информированности пациентов возрастает и число людей, включенных/посвященных в профессиональный язык медиков увеличивается (работники аптек, регистраторы, сотрудники страховых компаний и т. д.).

Что касается психологической связи между членами социальной группы медицинских работников, необходимо отметить, что она достаточно сильная, и это несмотря на то, что группа является большой и реальной по терминологии социологии. Возможно предположить, что сила этой связи определяется важностью и значительностью медицинской профессии в обществе, степенью риска и ответственности за результат труда. Ей же способствуют принципы обособления, речь о которых шла выше, а также собственные ценности этой профессиональной группы, имеющие общечеловеческое значение.

Основные ценности общества и медицины – жизнь и здоровье -совпадают, именно этим и обусловлена важность медицинской деятельности и большое внимание к ней со стороны общества. Можно сказать, что система ценностей, объединяющая медиков в единую группу – это концентрированное выражение ценностей, господствующих в обществе. К собственным ценностям группы медицинских работников можно отнести профессиональные знания, умения, навыки, технологии, обеспечивающие обществу поддержание жизни и здоровья его членов. Своеобразной ценностью является сложившаяся врачебная идеология (терпимое отношение к больному, сохранение врачебной тайны и т.п.).

Профессиональная врачебная этика складывалась постепенно. Интересно отметить, что некоторые ценностные ориентации, появившиеся на начальных этапах, сохранились до сих пор, другие достаточно серьезно изменились. В «Гиппократовом сборнике», например: «...медицина: она совершенно освобождает больных от болезней, притупляет силу болезни, но к тем, которые уже побеждены болезнью, она не протягивает своей руки, когда уже достаточно известно, что в данном случае медицина не может помочь». [5] Платон в своей работе «Государство» отмечал отношение Асклепиадов к болезненным от природы людям. Они считали, что и ухаживать за ними не надо, как бы богаты они не были. [6] Хрестоматийным примером стало отношение к больным и слабым от природы людям в Спарте. Такое

отношение к указанным категориям лиц было продиктовано уровнем развития медицины, ее возможностями. Аналогичную практику можно найти и в более поздние периоды истории человеческого общества. Однако, и сегодня, когда медицина и общество стали намного гуманнее, продолжаются дискуссии по поводу границ оказания медицинской помощи и ее последствий, которые в некоторых случаях могут привести к тотальной инвалидизации общества.

Такие заповеди, как «Не навреди», сохранение врачебной тайны, общие правила поведения у постели больного актуальны всегда. Врачам изначально даются большие привилегии в этическом плане. Так, Платон отмечал: «...богам ложь по существу бесполезна, людям же она полезна в виде лечебного средства, ясно, что такое средство, надо предоставлять врачам, а несведующие люди не должны к нему прикасаться. [7] В свою очередь с врача с точки зрения этики всегда спрашивали достаточно строго. С момента превращения медицинских знаний в товар, пусть достаточно специфичный, появляются и новые проблемы этического характера. Гиппократ, называя медицину самым благородным из всех искусств, сетовал на то, что единственным наказанием за врачебные ошибки является бесчестие. Но в вынесении такого наказания для врача заключалась своя мудрость. Не много было бы пользы от наказания за неудачи физическим способом. Эта мера при отсутствии достаточных знаний о человеческом организме неизбежно оттолкнула бы возможных претендентов от профессии, ограничило инициативу экспериментаторов. Ведь не только врачебные достижения являются двигателем медицины, но и неудачи тоже. Кроме того, бесчестие само по себе не самое легкое наказание, даже если для конкретного врача моральное осуждение не важно, при такой оценке к нему не пойдут лечиться другие больные, и он не получит материального вознаграждения.

Некоторые ценности общества могут быть подвижными, особенно это характерно для периодов социальных кризисов. В этой ситуации духовно-нравственные ценности часто отходят на второй план, уступая место материальным. Однако, эта тенденция строго не характерна для медицинских работников. В большинстве случаев они сохраняют высокие нравственные качества и верность своему долгу. Истории до сих пор неизвестны случаи, когда медики, отстаивая свои права во времена забастовок, массовых волнений, революций, войн прекращали бы свою профессиональную деятельность. Ценности, оформленные в рамках медицины

очень устойчивы, так же как требования, предъявляемые к ней со стороны общества. Измена ценностям своей профессиональной группы сурово карается со стороны других членов группы и со стороны общества в целом. Случаи проведения негуманных экспериментов на людях, неоказание медицинской помощи в критических ситуациях, использование психиатрии в политических целях, все, что противоречит традиционным ценностям медицины, вызывает крайне отрицательную реакцию большинства врачей и общества в целом.

Совершенствование техники, изобретение новых технологий оказывает большое влияние не только на развитие медицины, но и на изменение ценностных отношений в ней. В таких случаях достаточно часто складывается ситуация, когда новые технологии в медицине «ведут» за собой ценности общества, обеспечивая их пересмотр. Эта ситуация особенно характерна для современной медицины с ее расширившимися возможностями. Речь идет об эвтаназии, трансплантологии, искусственном оплодотворении, наномедицине и т.п., тех нововведениях и достижениях, которые модифицируют или изменяют кардинально традиционные представления о человеческом организме и возможностях решений человека относительно собственного здоровья и жизни.

Последний принцип обособления – собственная внутренняя организация, которая является одной из самых сложных, динамично развивающихся на сегодняшний день. Профессиональная группа медиков одна из самых древних, с момента своего зарождения она пережила множество организационных модернизаций. В настоящее время в разных странах сложилась собственная, с учетом национальных особенностей и традиций, система здравоохранения. Внутренняя организация профессиональной группы медицинских работников представляет собой достаточно разветвленную сеть. Сначала она включала в себя исключительно врачей, но со временем круг лиц расширился. На современном этапе социальная группа медицинских работников включает в себя различные подгруппы: врачи, многочисленный младший и средний медицинский персонал, фармацевты, провизоры, администраторы, работники страховых компаний и т.д.

Первоначально медицина не была монополизирована в руках одной профессии. Элементарными знаниями в этой области, полученными из наблюдений за природой и хозяйственной деятельностью человека, обладали практически все члены общества.

Есть мнение, что первыми врачевателями были женщины, они ухаживали за больными детьми, ранеными соплеменниками и таким образом накапливали знания в области медицины. Они же занимались собирательством, знали целебные и ядовитые свойства растений, поэтому возможно предположить, что современная феминизация медицины, о которой сейчас много говорят, имеет очень глубокие корни. Слова «врач» и «доктор» мужского рода, но лицо медицины в длительном культурно-историческом контексте было все-таки женским. В современной медицине женщины занимают достойное место. [8]

Постепенно, в результате разделения труда, появляются люди, претендующие на выполнение функций врачевания в обществе, одними из первых были шаманы. Накопленные знания, умения, секреты мастерства передавались из поколения в поколение, сохраняясь в рамках семьи. Устойчивое выражение, характерное для Древней Греции, «врач из фамилии Асклепиадов» еще раз подтверждает семейную традицию подготовки врача. По мере увеличения потребности общества в медицинской помощи, врачи были вынуждены расширять рамки своей профессиональной группы, они начали брать учеников. Ученик должен был, согласно «Клятве» Гиппократовича почитать своего учителя «...наравне с моими родителями, делиться с ним моим достатком и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора». [9]

Все большее внимание уделялось профессиональной подготовке врача, в «Законе» Гиппократовича сборника выделяют шесть требований к врачу:

- природное расположение;
- обучение;
- удобное место;
- наставления с детства;
- любовь к труду;
- время. [10]

Становление системы медицинского образования происходит на определенном уровне общественного развития. До возникновения учебных медицинских заведений, высших в нашем понимании, медицина переживала ремесленный период развития. Понятия «лекарь» и «подлекарь», для сравнения «мастер» и «подмастерье»,

иллюстрирует по сути цеховую организацию врачебного дела. Шел процесс накопления практического опыта. Появление первых университетов с медицинскими факультетами сыграло большую роль не только в плане подготовки врачей, но и отделения врачей с университетской подготовкой от врачей практиков. Эпоха Возрождения, базирующаяся на открытиях античности, дала мощный толчок развитию медицины и медицинской профессии.

В истории становления этой профессиональной группы проявляются центростремительные и центробежные силы. Важная роль в центростремительном направлении принадлежит институциализации профессии, т.е. воспроизводству новых членов данной группы, контролю за выполнением профессиональных функций, распределением доходов, защиты собственных интересов, формирования идеологии и т.п. Профессиональный подход в формировании группы медиков сохраняется до сих пор, она достаточно замкнута, попасть в нее можно только через длительную систему подготовки, доля практиков, т.е. лиц, имеющих определенные знания в области медицины, но не получивших специального образования, отсутствует. Таким образом, общество само устанавливает строгую систему контроля вхождения в группу медиков для обеспечения общей безопасности. Дальнейшее накопление медицинских знаний и становление системы медицинского образования связано с многочисленными естественно-научными открытиями, что в свою очередь способствовало специализации медицины и привело к усложнению структуры профессиональной группы медиков.

Говоря о составе социальной группы медиков, нельзя не сказать о ее условно-своеобразных членах, таких как знахари, народные целители, экстрасенсы. Современная медицинская наука не может ответить на все вопросы, а недостаток информации порождает альтернативные предложения. Существуют вполне объективные причины сохранения указанных профессий: собственно научная медицина сравнительно молода, сказывается многовековой опыт народной и традиционной медицины; оказывает влияние ситуация в современном здравоохранении, разочарование качеством оказываемых услуг, нехватка времени на общение с врачом на приеме, а в альтернативной медицине практикуется индивидуальный подход; такого рода деятельность в нашей стране находилась долгое время под запретом, сейчас возрос интерес к ней; материальный фактор, лекарства в

аптеках для многих достаточно дороги, средства народной медицины значительно дешевле и т.д. Однако, нужно твердо осознавать, что представителей этих профессий можно только условно относить к категории медицинских работников, потому что у них нет медицинского образования.

Деятельность народных целителей в нашей стране регулируется законом (Статья 57 «Право на занятие народной медициной (целительством)» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993г.). Они должны получить диплом целителя, выдаваемый министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органами управления здравоохранением. Допускается использование методов народной медицины в лечебно-профилактических учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения по решению руководителей этих учреждений так же в соответствии с действующим законодательством. Таким образом, правовой статус народного целителя в России определяется наличием документа, выданным государственными органами здравоохранения. Такой подход во многом уравнивает врачей и целителей как лиц, занимающихся деятельностью по поддержанию здоровья общества, сохраняя при этом другие различия, например, в природе знаний и методов, которыми они пользуются. Народная медицина сохраняет прочные позиции в современном обществе. Это стало одной из причин, по которой в медицинских вузах страны с недавнего времени начали основывать кафедры народной медицины. Не для того, чтобы оказывать медицинскую помощь только этими методами, а для того, чтобы знать установки пациентов по этому поводу и использовать рациональные знания из этой области.

Социальный портрет врача, как реальный, так и идеальный, имеет черты национальной культуры и специфики. В России врач исторически выполнял одновременно функции священника и неотложной общественной помощи, профессия врача больше воспринималась как образ жизни. Отечественная медицина по большей части развивалась в контексте мировой, но имела и имеет свои особенности. Российская медицина не знала западноевропейской схоластики, изначально имела практический характер, в госпитальных школах XVIII века производили обучение будущего врача непосредственно у постели больного. Этим достигалось сразу две

цели: профессиональное обучения и формирование необходимых нравственных качеств. Российской медицине удалось избежать применения жестоких методов лечения, характерных для Западной Европы. В национальной традиции русского народа заложено терпимое отношение к больному, в том числе к душевнобольным (как к святым), учреждений подобных бедламу в России не было.

Появление в России XIX века феномена, известного сегодня как интеллигенция, со всеми присущими ей качественными характеристиками оказало огромное влияние на профессиональную группу медиков. Интеллигенция в России, это не западные интеллектуалы, не образованный класс, а социальная группа, структурированная на основе высших общечеловеческих ценностей. Относительно медицинской интеллигенции такой подход стал преобладающим, так как в данном случае свою роль сыграла специфика труда. Своеобразием профессии врача является включение нравственного аспекта в состав его профессиональной деятельности, что в конечном итоге обусловило относительную синонимичность понятий врача и интеллигента. Помимо профессиональной подготовки, медики, как часть российской интеллигенции, абсорбируют на себя требования и характеристики социально-этической значимости.

При существовании частных, высокооплачиваемых врачей, со второй половины XIX века, в ходе земской реформы Александра II формируется земская медицина, и появляются земские врачи. Их профессиональная деятельность, условия работы, повседневная жизнь были очень тяжелы. Часто в глубокой провинции России, с минимальной заработной платой земские врачи проявляли чудеса жертвенности, преданности своему делу и народу. Земская медицинская интеллигенция составляла достаточно большой процент в количественном отношении и не могла не повлиять на существенные характеристики всей профессиональной группы. Деятельность земских врачей блестяще отражена в произведениях художественной литературы XIX - начала XX века, в том числе известными писателями-врачами А.Чеховым, В. Вересаевым, М. Булгаковым.

XIX век – время формирования медицины как науки. Этот же век называют «золотым веком» российской медицины, его прославили известные российские врачи М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Н.И. Пирогов, В.Ф. Снегирев, Н.В. Склифосовский и др. Помимо многочисленных научных открытий, врачи часто демонстрировали

невероятное самопожертвование. С.П. Боткин добровольно отправляется в военный Севастополь, где работал Н.И. Пирогов, Н.Н. Бурденко отправляется на русско-японскую войну, многие врачи проводят на себе опыты. Вряд ли какая-либо профессия может привести столь яркие примеры преданности и жертвенности. Известную стихотворную строку: «Поэт в России больше, чем поэт», можно перефразировать «Врач в России больше, чем врач» - был и остается. На примере России мы можем наблюдать своеобразное сочетание профессиональной идеологии с национальной традицией, которая дает неповторимый образ российского врача и всей профессиональной группы медицинских работников в целом.

Очень часто и в культурах разных стран проводят параллель между профессией врача и священника, есть опыт совмещения их профессиональных функций. В прошлые времена священник сопровождал человека от рождения (таинство крещения) до отпевания на смертном одре. Аналогичную ситуацию мы наблюдаем сегодня с профессией врача, в большинстве случаев он сопровождает человека от рождения до смерти. Во многом меняются жизненные установки, «...люди с каждым годом все сильнее хотят наслаждаться жизнью именно здесь и сейчас, а не дожидаться «вечной жизни». Поэтому во многих вопросах они уже не обращаются к священнику, разбирающемуся в том, как разрешит их вопросы Вечность, а идут к врачу, главному уполномоченному по делам здоровой жизни здесь, на земле». [11] В такой ситуации именно врач рассматривается как спаситель, медицина становится спасительной для большинства населения, как когда-то религия. Врач заменил священника у постели больного, смерть стала объектом внимания врачей и представителей похоронного бизнеса.

Конечно, когда мы говорим о врачах и священниках почти безусловно подразумеваем определенную степень святости. Но как в церкви, так и в медицине всегда были свои проблемы и с кадрами в том числе, ведь врачи то же люди со своими слабостями. И так было во все времена. М.Фуко отмечает проблемы такого рода: «...было слишком много Медицинских школ, чтобы можно было обеспечить везде достаточно высокий уровень обучения; в них царило взяточничество (кафедры добывались как посты; профессора давали платные курсы; студенты покупали экзамены и заказывали свои диссертации неимущим врачам), что делало медицинское образование крайне дорогим, тем более, что для того, чтобы

специализироваться в практической области, новоиспеченный врач должен был посещать разборы известного практика, которому нужно было за это платить...». Или: «...упразднить прозябающие мелкие Факультеты, где недостаточно многочисленные, малокомпетентные профессора распределяли или продавали экзамены или ученые степени». [12] И все же при всех возможных недостатках, профессия врача заявила о себе как одна из самых жертвенных, что позволило медицине, как одну из немногих сфер, назвать драматической: «многие врачи погибли от заразных болезней, полученных у постели больного. Они умирали от тифа брюшного и сыпного, от холеры и чумы, от скарлатины и дифтерии. Нет ни одной инфекционной болезни, которой не заражались бы врачи, выполняя свой долг. Немало число и тех, кто при вскрытии трупа наносил себе небольшой порез, который оказывался смертельным. Об этом не за чем говорить подробно, это общеизвестно». [13]

Медицина является специфической формой деятельности, структурированной как по сферам деятельности, так и по ценностным ориентациям этой деятельности. С течением времени, усложнением жизни и развитием медицины требования к профессиональным качествам, включающих и нравственные характеристики, возрастают. В настоящее время мы имеем чрезвычайно разветвленную врачебную специализацию, к представителям которых предъявляют специфические требования, этому вопросу посвящено значительное количество научных исследований. [14] Но сам факт предрасположенности к той или иной профессии сомнений не вызывает. Сошлемся на слова П. Сорокина: «...само существование профессионального разделения труда является мощным селекционирующим средством. В результате такой селекции (до совершенно и совершенно независимо от модифицирующего влияния профессиональной деятельности) члены большей части профессиональных групп отбираются биологически, интеллектуально и морально. Представители каждой профессии должны иметь некоторые специфические черты, отличающие их от представителей другой профессии». [15] Это мнение, как нельзя точно, характеризует представителей медицинской специальности.

Постепенно происходит становление системы медицинских заведений и учреждений. Появляются первые госпитали, больницы, клиники, поликлиники, амбулатории, родильные дома и т.д. С зарождением профилактического направления

в медицине мы имеем санатории и профилактории. Это то, что касается горизонтальной структуры медицины. Формируется и вертикальная структура, которая определяет систему властных отношений в медицине. Эти два процесса идут практически параллельно, существуя один для другого, постепенно формируя систему здравоохранения конкретного государства.

Картина будет неполной, если не сказать о создании многочисленных медицинских общественных организаций и движений. В постановке и разработке общественно-медицинских вопросов всегда большую роль играли научно-медицинские общества и печать. В России особое положение принадлежало Пироговским съездам, возникшим на основе общества русских врачей памяти Н.И. Пирогова. Мысль о его создании возникла при праздновании 50-летия деятельности Н.И. Пирогова в Москве в 1881 году. Среди учредителей были видные ученые Н.В. Склифосовский, К.Ф. Славянский, В.Я. Крассовский и др. Общество было образовано в 1883 году. Первый съезд общества состоялся в 1885 году и фактически имел значение всероссийского, затем созывался регулярно и существовали на протяжении 30 лет. Пироговские съезды, в отличие от специальных врачебных съездов, отражали вопросы взаимодействия медицины общества в целом. На них обсуждались вопросы о введении бесплатной медицинской помощи для всего населения, сокращении рабочего дня и т.п. Февральская революция и падение самодержавия были встречены медицинской общественностью страны и Пироговским обществом, считавшимся самым крупным и авторитетным собранием врачей России, с большим воодушевлением. Очередной съезд Пироговского общества в апреле 1917 г. не только призвал поддержать все демократические преобразования, но и предложил программу «Устройства врачебно-санитарного дела в России». Положение резко изменилось после октября 1917 года. Правление Пироговского общества дало резко отрицательную оценку деятельности большевиков и призвало к отмежеванию от врачей, действующих в их лагере. Новая власть стала относиться к Пироговскому обществу как к «контрреволюционной организации». В 1922 году его работа была прекращена, несмотря на то, что знания врачей были крайне необходимыми в борьбе с опасными болезнями и эпидемиями, широко распространенными в послереволюционной России.

Всего с середины до конца XIX века в России возникло более 70 медицинских обществ, из них 15 в Петербурге и Москве: общество русских врачей в Петербурге, общество русских врачей в Москве, общество врачей Казани и др. С конца XIX века появилось новое явление – съезды по отдельным специальностям: съезды психиатров, невропатологов, хирургов, терапевтов и др. Российские врачи принимали участие в международных съездах, что знаменовало начало процесса интернационализации в медицине. Традиция врачебных обществ продолжается и в настоящее время, это прекрасная возможность поделиться опытом и обсудить насущные проблемы.

Медицинская периодика тоже имеет свою историю. Особенно активно освещали медицинские вопросы журналы, популярные и сегодня: «Здоровье», «Врач» и др. В настоящее время существуют федеральные, региональные, городские и вузовские печатные издания. Они сосредотачивают свое внимание на различных направлениях: лечебном, профилактическом, диагностическом, учебно-кадровом, научно-исследовательском, административном, хозяйственном, страховом, санитарном, пропагандистском и т.п.

К общественным организациям в медицине относятся и многочисленные мировые сообщества, созданные в разное время: «Международный комитет Красного Креста» (1864 г.), «Лига Общества Красного Креста и Красного Полумесяца» (1919 г.), «Международное бюро общественной гигиены» (1907 г.), «Организация здравоохранения Лиги Наций» (1923 г.), «Всемирная организация здравоохранения» (1948 г.) - одно из крупнейших специализированных учреждений ООН и т.п. Первые две организации объединяются понятием Международный Красный Крест и имеют символ негатив швейцарского флага - красный крест на белом фоне, т.к. первоначально организация создавалась по инициативе швейцарского журналиста Анри Дюпана и при поддержке швейцарских граждан. Проблемы, решаемые современными международными организациями в сфере здравоохранения, имеют глобальное значение. Ни одна из существующих профессиональных групп не имеет такой разветвленной сети международных контактов.

Достижения и культурные традиции медицины является частью национального и мирового культурного наследия. В каждой стране есть медицинские музеи,

бережно хранящие и транслирующие медицинские артефакты, что в очередной раз подчеркивает роль этой сферы в жизни общества.

Подводя итог вышесказанному, выделим в становлении профессиональной группы медиков и медицины в целом несколько этапов:

- выделение зачатков медицинских знаний, вызванных необходимыми потребностями людей;
- появление людей, берущих на себя функции врачевания, выработка определенных технологий труда, превращение их в товар;
- формирование путей воспроизводства профессиональной группы врачей;
- формирование профессиональной идеологии;
- становление системы специального образования, т.е. завершение процесса институционализации профессии и окончательное формирование профессиональной группы врачей;
- создание системы специальных медицинских учреждений, обеспечивающих жизнедеятельность группы и выполняющих функции контроля за ее деятельностью;
- формирование общественных организаций и профессиональных объединений медиков, выражающих интересы общества в целом.

Этими направлениями сфера медицина не ограничивается, за счет своего всеобъемлющего характера она имеет влияние и проявления в часто абсолютно неожиданных областях и, казалось бы, весьма от нее далеких.

## **Примечания**

1. Смелзер Н. Социология. – М.: Феникс, 1994. – С. 147
2. Щепанский Я. Элементарные понятия социологии. – М.: Прогресс, 1969. – С.116
3. Грибанов Э.Д. Медицина в символах и эмблемах. М.: Медицина, 1990. – 206 с., Краткая летопись мировой и отечественной хирургии: учебное пособие/ А.А. Полянцева, Р.В. Мягонький. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013. – С. 266-279
4. Эльштейн Н.В. Двойственность врачебной тайны (размышления профессора).//Медицинское право. 2005 - №2 - С.44-48
5. Гиппократ. Избранные книги. – М.: Сварог, 1994. – С.130
6. Платон. Государство. Соч. в 3 т. Т.3 Ч. 1 – М.: Мысль, 1971. - С. 193
7. Там же .С. 169
8. Ковалева М.Д. Женщины в медицине: Монография. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2004. – 216 с.
9. Гиппократ. Избранные книги. – М.: Сварог, 1994. – с.87-88
10. Там же. С. 93
11. Циттлау Й. Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их горе-врачей. – СПб.: Питер, 2010. – С. 71-72
12. Фуко М. Указ. соч. С. 81-84
13. Глязер Г. Драматическая медицина. Опыты врачей на себе. Пер. с нем. Изд. 2-е. – М.: Едиториал УРСС, 2013. – С. 203

14. Андриянова Е.А. Современная медицина: социально-профессиональные основания науки и практики. – Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 2005. – 204 с.; Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. – М.: Издательство «Академия Естествознания», 2009. – 300 с.; Кагитина И.В. Профессиональная социализация студентов медицинских вузов. Автореф. дис. на соис. уч. ст. канд. социал. наук. Волгоград. – 2008. – 28 с.; Кирюхина Т.В. Роль самообразования в профессиональном совершенствовании врача. Автореф. дис. на соис. уч. ст. канд. мед. наук. Волгоград. – 2009. – 26 с. и др.
15. Сорокин П. Человек. Цивилизация. Общество. М., «Политиздат», 1992. - С. 420

## **Основные этапы становления и развития медицинского образования в России**

Становление российского медицинского образования происходило постепенно, и было связано с развитием отечественной медицины. Основанный на рубеже XVI-XVII вв. (точная дата неизвестна) Аптекарский приказ, первоначально заботился лишь о здоровье царя и ближних бояр, но постепенно расширял поле своей деятельности. Доктора были в основном иностранцами, чаще всего получившие образование в Европе. Собственных профессиональных врачей в России пока не было, потому что не было медицинских учебных заведений, получить медицинское образование можно было только за границей. Потребность в медиках постоянно возрастала, иноземных докторов не хватало, поэтому возникла идея о создании своей российской медицинской школы.

В 1654 году при Аптекарском приказе была открыта первая медицинская школа (Лекарская школа), которая содержалась на средства государственной казны. В ней обучались первоначально несколько десятков учеников (30-38). Преподаватели были в основном иноземного происхождения, обучение велось на иностранных языках и продолжалось в среднем пять лет. История сохранила имена первых врачей, получивших российское медицинское образование: «Авдеев Кирилл, Алексеев Степан, Антонов Иван, Афанасьев Никита, Васильевы Григорий, Федор и Федот, Григорьевы Алексей, Андрей и Сидор, Губарев Любим Агеев, Дементьев Яков, Ивановы Никифор и Фирс, Марков Иван, Минин Иван, Мироновы Иван и Яков, Никитин Иван, Осипов Наум, Подурцев Василий Михайлов, Прокофьев Сергей, Раев Иван, Семенов Иван, Тимофеев Демид, Федоровы Василий, Иван и Лука, Федоров Андрей, Шешуков Афанасий, Яковлевы Наум и Федот, Екимов Иван, Леонтьев Алексей». [1] Первая медицинская школа за время своего существования выпустила

более 100 лекарей и лекарского дела учеников, 8 костоправов и 6 учеников костоправного дела.

В конце XVII века в России появился первый отечественный доктор медицины Петр Васильевич Постников, получивший степень доктора медицины и философии в Падуанском университете. Он служил при Петре I, но медицинская карьера была оставлена в пользу дипломатии. П.В. Постников представлял интересы России во многих европейских странах и был высоко оценен царем. Надо отметить, что Петр I уже в начале своего правления много сделал для развития отечественной медицины. При нем были открыты казенные аптеки и госпитали. Новой России требовалось больше врачей, их стали готовить при госпиталях. Так, в 1707 году в Москве была открыта медико-хирургическая (госпитальная) школа, главным направлением которой было практическое обучения, в первую очередь, обучение у постели больного. Образовательная программа состояла из четырех разделов. Первый, включал в себя познание анатомии, второй состоял из фармакогнозии, фармакологии и фармации, третий заключался в изучении внутренних болезней и четвертый - хирургии. Срок обучения, в зависимости от успехов учеников, колебался от 5 до 10 лет.

Госпитальные школы появились и в других городах Российской империи. В 1733 году в Петербурге при сухопутном и адмиралтейском госпиталях были открыты две медицинские школы и одна в Кронштадте при адмиралтейском госпитале. В 1740 году Медицинская канцелярия, ведавшая медициной, разрешила открыть на Урале при Екатеринбургском госпитале медицинскую школу. Затем в 1758 году в Сибири, в Барнауле, при Калывано-Воскресенском горнозаводском госпитале создаются госпитальные школы. В 1788 году при Елизаветградском военном госпитале открывается седьмая по счету госпитальная школа. В конце XVIII в. госпитальные школы преобразуют в медико-хирургические училища.

В школах большое внимание уделялось наглядности. Для изучения анатомии человека, выяснения причины смерти в присутствии учеников доктора проводили хирургические операции или производили вскрытие трупов. В госпитальных школах необходимо было иметь определенное число больных различными болезнями в одной или нескольких палатах. За ними, как правило, помимо докторов, ухаживали и ученики. В конце каждого месяца проводился экзамен, на котором ученикам задавали

вопросы по анатомии, хирургическим, внутренним и наружным болезням. Помимо месячных экзаменов были еще ежеквартальные и в конце года. На основе их результатов учеников производили в подлекари, а подлекарей в лекари. Подобная система проведения экзаменов сохранялась почти до конца XVIII века.

В 1754 году по новому учебному плану в госпитальных школах увеличили срок обучения до семи лет. Регламентировалась последовательность изучения медицинских дисциплин. В течение первых двух лет ученики изучали анатомию (с элементами гистологии), фармацию и рисование, а на третьем году – физиологию. На четвертом году, вместе с физиологией начиналось обучение патологии (включая патологическую анатомию), а на пятом и шестом добавлялась оперативная хирургия и проводилась медико-хирургическая практика. На седьмой год обучения ученики проходили клиническую практику в палатах госпиталя, а в госпитальной аптеке изучали способы приготовления лекарств. Кроме того, в госпитальных школах преподавалась судебная медицина, а с 1763 года акушерство, женские и детские болезни.

В это время в России появляются свои преподаватели, выпускники медицинских школ П.И. Погорецкий, Ф.Т. Тихорский, К.О. Ягельский, К.Ф. Рошалин, Т.Ф. Соболевский, С.А. Леонтович, М.И. Шеин. Получив медицинское образование в России, они отправлялись совершенствоваться в науках в Европу. Там многие из них получали докторскую степень, возвращались в Россию, где начинали заниматься не только лечебной, но и преподавательской деятельностью. Прогресс науки в век Просвещения диктовал необходимость дальнейшего развития образования, медицинского в том числе. России был необходим свой университет. Как известно, большой вклад в становлении первого российского университета внес М.В. Ломоносов. По примеру европейских университетов, основными факультетами Московского университета, основанного в 1755 году, были философский, юридический и медицинский. Медицинский факультет был основан в 1764 году и состоял в основном из выпускников госпитальных школ, пожелавших дальнейшего совершенствования своих познаний в области медицины. На первый курс медицинского факультета были зачислены 16 студентов. В 1765 году был построен «Анатомический театр», при входе в который была надпись: «Мертвые учат живых» и далее слова: «Это место, где смерть радуется, идя на помощь жизни». В 1768 году

впервые в Московском университете начал читать лекции на русском языке, а не на латинском или немецком, первый русский профессор, ученик М.В. Ломоносова, Семен Герасимович Зыбелин. В 1784 году за чтение лекций на русском языке и разработку анатомической терминологии он был избран действительным членом Российской академии. В 1794 году впервые в Московском университете на медицинском факультете состоялась успешная защита диссертации на соискание ученой степени доктора медицины на тему «О дыхании» выпускника медицинского факультета Ф.И. Барсук-Моисеева.

В 1804 году был утвержден университетский устав, который предусматривал утверждение при университете трех институтов — клинического (внутренних болезней), хирургического и повивального искусства. В этом же году при Московском университете было основано Общество соревнования врачебных и физических наук - первое научное общество в России. В 1845 году оно получило название Физико-медицинского общества и существовало до 1917 года. В Отечественную войну 1812 года многие профессора, преподаватели и студенты Московского университета ушли на фронт и не все вернулись. Пожар в Москве во время нашествия Наполеона уничтожил имущество и здания кафедр медицинского факультета, анатомический театр, университетскую библиотеку, музейные коллекции. В течение всего 1812-13 учебного года Московский университет не работал.

В целях усвоения и закрепления практических навыков после окончания медицинского факультета Московского университета в 1843 году создается двухгодичная ординатура (тогда она называлась ассистентура). Это способствовало повышению квалификации начинающих врачей. До октября 1917 года медицинский факультет Московского университета выпустил 12,5 тыс. студентов. В числе известных выпускников медицинского факультета Московского университета можно назвать М.Я. Мудрова (1800 г.), Н.И. Пирогова (1828 г.), С.П. Боткина (1855 г.), И.М. Сеченова (1856 г.), Н.В. Склифосовского (1859 г.), А.П. Чехова (1884 г.).

В 1798 году на базе двух медико-хирургических училищ были созданы две медико-хирургических академии: Московская и Петербургская. Они унаследовали лучшие черты госпитальных школ, их учебные программы и, прежде всего, клинический характер обучения. С 1808 года Московская Медико-хирургическая

академия становится отделением Петербургской. Таким образом, в начале XIX века в России было два центра медицинской науки и формирования научных медицинских школ – медицинский факультет Московского университета и Петербургская Медико-хирургическая академия. В Московском университете активно разрабатывались вопросы общей патологии, терапии и физиологии. Медико-хирургическая академия занимала ведущее место в развитии хирургии, анатомии, топографической анатомии и физиологии.

В 1808 году императором Александром I академия была возведена в ранг «первых учебных заведений Империи». Она получила права Академии наук, ей было разрешено избирать своих академиков и именоваться Императорской (ИМХА). В Петербургской Медико-хирургической академии возникла первая русская анатомическая школа, создателем которой был Петр Андреевич Загорский. В 1802 году выходит его главная работа «Сокращенная анатомия, или руководство к познанию строения человеческого тела». Это был первый учебник по анатомии на русском языке. В стенах академии возникла и первая русская хирургическая школа Ивана Федоровича Буша. Ему принадлежит первое русское «Руководство к преподаванию хирургии» в трех томах, вышедшего в 1807 году. Учеником П.А. Загорского и И.Ф. Буша был Илья Васильевич Буяльский, которого считают основоположником пластической анатомии и в некоторой степени предшественником «ледяной анатомии» Н.И. Пирогова. Наиболее известный труд И.В. Буяльского «Анатомико-хирургические таблицы», изданный в 1828 году. В нем были прекрасно выполненные изображения артерий в натуральную величину. И.В. Буяльский много сделал по созданию русского хирургического инструментария, например, при операции по удалению аппендицита, до сих пор используется лопаточка Буяльского. В 1842 году Илья Васильевич стал первым русским академиком.

В 1840 году И.Ф. Буш уходит в отставку с должности заведующего кафедрой хирургии, на его место приглашают Н.И. Пирогова. Начался новый и самый продуктивный этап творчества Н.И. Пирогова, именно в Медико-хирургической академии он создал свою знаменитую «ледяную анатомию». Н.И. Пирогов был крупнейшим представителем медицины XIX века, символом прогресса медицины, его труды при жизни стали достоянием мировой науки. По инициативе Н.И.

Пирогова в 1841 году в академии создается кафедра госпитальной хирургии, тогда же создается кафедра госпитальной терапии, что было важной вехой в развитии высшего медицинского образования в России.

Впервые в России были учреждены кафедры и клиники: психиатрии (1857 г.), офтальмологии (1860 г.), оперативной хирургии с топографической анатомией (1865 г.), педиатрии (1865 г.), гигиены (1871 г.), общей и экспериментальной патологии (патологической физиологии – 1879 г.), оториноларингологии (1893 г.), общего учения о заразных болезнях с практическим курсом бактериологии (1896 г.), ортопедии (1900 г.). Учредив в 1872 году «особый женский курс для образования ученых акушерок», академия явилась инициатором высшего женского медицинского образования в нашей стране. В 1881 году Петербургская Медико-хирургическая академия переименована в Военно-медицинскую академию. Среди ее известных выпускников – И.В. Буяльский (1814 г.), В.М. Бехтерев (1878 г.), И.П. Павлов (1879 г.) и мн. др.

В начале XIX века в России создаются университеты по типу Московского с тремя главными факультетами: философский, юридический и медицинский. Они внесли свой вклад в развитие высшего медицинского образования. Своеобразна судьба Виленского университета, основанного в 1803 году. На его базе были созданы Институт вакцинации в 1808 г. и Институт материнства в 1809 г. В 1804 году в университете работал известный австрийский клиницист И.П. Франк. В 1832 году университет был преобразован в Виленскую медико-хирургическую академию, которая просуществовала до 1842 года. Она стала базой для медицинского факультета Киевского университета, открывшегося в том же году. За время работы медицинского факультета и медико-хирургической академии было выпущено 1,5 тыс. врачей, в первой четверти XIX века каждый пятый врач был выпускником Виленского университета.

В России жизнь университетов традиционно определялась Уставами. Согласно Уставу 1884 года учебный план медицинского факультета включал подготовительную часть (I, II, III курсы) и собственно медицинскую, которая занимала три старших курса. На первых двух курсах подробно изучали анатомию, остававшейся ведущей теоретической медицинской дисциплиной. Без тесной связи с медицинскими дисциплинами изучались курсы физики, химии, ботаники и зоологии.

В клинической части были представлены важнейшие виды медицинских специальностей, в которых уже началась дифференциация. Метод преподавания был преимущественно лекционный, практическим занятиям уделялось незначительная часть времени, а по ряду предметов их вообще не было.

До 1917 года подготовка медицинских кадров в России велась на медицинских факультетах девяти университетов, кроме Санкт-Петербургского. Это объяснялось тем, что в городе была Военно-медицинская академия и Психоневрологический институт, основанный в 1907 году. Подготовкой медицинских кадров занимались в Женских медицинских институтах (Санкт-Петербург, Харьков, Киев), а также на Высших женских врачебных курсах при университетах Москвы и Одессы. В начале XX века «По числу студентов Московский университет занимал ведущее место в стране, второе принадлежало Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии..., после нее шли Юрьевский и Киевский университеты». [2] Всего до революции врачей готовили в 15 медицинских вузах, общее число студентов-медиков было около 9 тысяч, ежегодно выпускалось 1 тыс. врачей.

Система советского высшего медицинского образования была сформирована на основе старой дореволюционной школы. Основной базой, для формирования будущих врачебных кадров, оставались медицинские вузы и факультеты университетов. После создания Народного комиссариата здравоохранения в 1918 году во главе с Н.А. Семашко, происходит реорганизация дореволюционных высших учебных заведений. На основе медицинских факультетов создаются медицинские институты, а также открываются новые медицинские вузы. Всего с 1918-1924 гг. появляется 16 новых медицинских институтов, в основном на окраинах страны и в союзных республиках: Астрахань, Смоленск, Нижний Новгород, Самара, Краснодар, Омск, Полтава, Баку, Ереван, Минск, Ташкент, Тбилиси и другие города страны стали центрами медицинской науки, где также началась осуществляться подготовка врачей». [3] Эти годы явились периодом становления советской высшей медицинской школы. При реформировании института высшего образования случались перегибы, которые касались и сферы медицины. Так, в 1918 году был издан ряд постановлений Советского правительства, в соответствии с которыми двери высших учебных заведений были открыты для всех желающих учиться, отменялись дипломы и

свидетельства, упразднялись ученые степени. В конце 20-х годов в СССР были вновь введены ученые степени и звания, дипломы и свидетельства.

Вопросы, каким должен был врач, каким образом готовить его в высшей школе возникли уже в первые годы существования советских медицинских вузов. В РСФСР установка Наркомпроса была на подготовку врача-универсала, т.к. именно такие специалисты требовались здравоохранению, в первую очередь для сельских участков, сеть которых быстро расширялась. На Всероссийском совещании профессоров медицинских факультетов в 1924 году была изложена программа по подготовке врачей. Был установлен новый учебный план, согласно которому, действовал 5-летний срок обучения, учебный год удлинялся до девяти месяцев. В него вводились социальная гигиена, общая биология, инфекционные болезни, отоларингология, урология, одонтология, были введены государственные экзамены, увеличивалось число часов практических занятий. Для подготовки научных кадров в 1925 году была учреждена аспирантура.

Перестройка высшего медицинского образования проводилась не только путем открытия новых медицинских учебных заведений и количества подготавливаемых врачей, но и благодаря созданию новых форм подготовки (организация профильных факультетов, формирование новых кафедр, расширение практической подготовки студентов и т.д.). В 1930 году в высших медицинских учебных заведениях были три факультета: лечебно-профилактический, готовивший врачей-лечебников и стоматологов, факультет охраны материнства и детства, санитарно-профилактический факультет.

Важной вехой в истории советского высшего медицинского образования становится создание первых отраслевых медицинских вузов: стоматологических, педиатрических, фармацевтических. В 1922 году в Москве был организован Государственный институт зубоочувствования (ГИЗ), первое учреждение, одной из задач которого была подготовка квалифицированных специалистов в области стоматологии. Позже он был преобразован в Московский медицинский стоматологический институт, который в настоящее время является главным вузом нашей страны в области высшего стоматологического образования. В 1925 году открылся первый в стране Ленинградский Педиатрический Медицинский Институт (ЛПМИ), основанный как институт Охраны Материнства и Младенчества. Сегодня

это одна из ведущих высших медицинских школ России и старейшее педиатрическое высшее учебное заведение в мире. К существующим фармацевтическим институтам в Одессе, Харькове и Днепропетровске дополнительно в 1936 году предлагалось организовать самостоятельные фармацевтические вузы в Ленинграде, Перми и Москве, а в 1937 году в Ташкенте, Баку и Тбилиси. Как итог в развитии фармацевтического образования, можно отметить, что «...в 1940 г. в стране в 9 фармацевтических институтах обучалось свыше 5 тыс. студентов». [4]

В 20-30 гг. число медицинских вузов продолжало увеличиваться. Открываются новые институты, «... к 1935 гг. в Российской Федерации насчитывалось уже 28 медицинских вузов. Начали действовать медицинские институты в Нижнем Новгороде, Иванове, Самаре, Хабаровске, Свердловске, Москве (3-й медицинский), Симферополе, Архангельске, Уфе, Махачкале, Ижевске, Новосибирске, Сталинграде, Курске, Ленинграде (педиатрический факультет). Процесс их создания не был стихийным. Учитывалось множество факторов и прежде всего – потребность регионов в собственных медицинских вузах». [5] Так, например, в Сталинграде строились новые промышленные предприятия, бурными темпами росла численность населения, но врачей катастрофически не хватало: на весь почти полумиллионный город их было всего 800. Особенно это чувствовалось в рабочих поселках знаменитого Сталинградского тракторного завода, заводов «Баррикады», «Красного Октября», а также в сельских районах области. Рабочие завода «Красный Октябрь» дали наказ депутатам горсовета поставить вопрос об открытии в Сталинграде медицинского института. Эта инициатива была поддержана, 17 августа 1935 года СНК СССР издал Постановление 1818 об открытии Сталинградского медицинского института. В это же время появляются три медицинских вуза-больницы в Москве и Ленинграде, готовившие врачей из числа среднего медицинского персонала за три года без отрыва от производства.

Великая Отечественная война 1941-1945 гг. внесла существенные изменения в работу медицинских вузов. Многие преподаватели и студенты ушли на фронт. По всей территории страны была создана широкая сеть эвакуогоспиталей и все медицинские институты, независимо от расположения, стали их шефами. Они оказывали не только консультативную, но и непосредственную медицинскую помощь. Как известно, за первые 2 года войны вышли из строя медицинские вузы

Украины и Белоруссии, часть медицинских вузов РСФСР, в том числе Москвы и Ленинграда. Врагом были разрушены Сталинградский, Воронежский, Смоленский, Курский и Ростовский медицинские институты. Однако, несмотря на тяжелое время для страны, в годы войны было выпущено 60 тысяч врачей. В 1944 году в СССР уже действовало 69 медицинских институтов. Лишь на Украине к концу 1944 года было восстановлено 12 из 14 медицинских вузов. В сложившихся условиях Наркомздрав СССР принял решение о досрочном выпуске врачей из числа студентов 5 и 4 курсов. Практически все медицинские вузы, проведя на неделю раньше запланированного выпуск врачей в июне 1941 года, осуществили дополнительные выпуски в конце этого же года. А некоторые – в начале 1942 года. Досрочный выпуск студентов 4 курса в качестве зауряд-врачей стал вынужденной мерой помощи фронту. Казанский медицинский институт в 1941 году организовал 3 выпуска врачей (937 человек), в апреле 1942 года – еще один дополнительный выпуск 90 врачей. [6] Сталинградский медицинский институт в течение 1941 года подготовил и выпустил досрочно 670 врачей, в мае-июне 1942 года – 400. [7]

Еще до начала войны остро стоял вопрос о переводе медицинских институтов на 6-летнее обучение студентов. Однако война отодвинула на некоторое время решение этой проблемы. Фронт требовал большого числа врачей, было принято решение о досрочном выпуске из институтов. И только в 1945 году медицинские институты были переведены на 6-летний срок обучения студентов. Это диктовалось, прежде всего, возросшими достижениями медицинской науки, которые невозможно было вместить в пятилетнюю программу обучения. В 1956 году были утверждены новые учебные планы и программы по каждому факультету. Согласно этим планам окончательно была введена подготовка врачей по 5 основным специальностям и соответствующим факультетам – лечебно-профилактическому, санитарно-гигиеническому, педиатрическому, стоматологическому и фармацевтическому. На VI курсе лечебного факультета была введена субординатура – специализация студентов, только по трем широким профилям – терапии, хирургии и акушерству. На санитарном факультете врачи готовились без детализации профессии.

В 50-70 гг. система высшего медицинского образования продолжала развиваться. В это время были открыты 16 новых медицинских институтов и один факультет при Якутском университете. В 1950 году был открыт Карагандинский

медицинский институт, в 1952 г. – Благовещенский, в 1953 г. – Семипалатинский и Читинский, в 1954 г. – Алтайский, в 1955 г. – Андижанский, в 1956 г. – Кемеровский, в 1957 г. – Актюбинский, в 1958 г. – Владивостокский, в 1963 г. – Тюменский, в 1965 г. – Целиноградский и в 1972 г. – Среднеазиатский медицинский педиатрический институт в Узбекистане. Всего в СССР в эти годы «...было 76 медицинских, 6 фармацевтических институтов и 6 медицинских факультетов университетов...». [8]

В 1966 году на базе II Московского медицинского института был создан первый в стране медико-биологический факультет. В эти же годы создается и отделение биофизики в Каунасском медицинском институте, а несколько позднее – в 1975 году открывается медико-биологический факультет в Томском медицинском институте. Срок обучения на этих факультетах составлял 6 лет.

В 1973 году в медицинских вузах была введена система специализации (интернатура) врачей – выпускников лечебных и педиатрических факультетов – на базе лечебно-профилактических учреждений. Интернатуре, как уже отмечалось, предшествовала специализация студентов VI курса по основным профилирующим дисциплинам (субординатура). Додипломная и последипломная специализация позволила перейти от подготовки врачей общего лечебного профиля к подготовке специалистов по основным клиническим дисциплинам. В дальнейшем на этой базе приобретались более узкие специальности. Во всех медицинских институтах были открыты аспирантуры и клинические ординатуры (кроме фармацевтических). Большинству медицинских вузов было предоставлено право защиты кандидатских, а 43 медицинским институтам и докторских диссертаций.

К концу 80-х гг. в нашей стране насчитывалось 83 медицинских института, в том числе 2 стоматологических и 5 фармацевтических. Подготовка врачей осуществляется также на медицинских факультетах 9 университетов: Вильнюсского, Кабардино-Балкарского, Мордовского, Петрозаводского, Тартуского, Ужгородского, университета дружбы народов им. П. Лумумбы, Чувашского и Якутского.

После распада СССР число медицинских институтов уменьшилось. В 1993 году на совещании ректоров медицинских и фармацевтических вузов было решено: сохранить 6-летнюю подготовку врачебных кадров на лечебном, педиатрическом и медико-профилактическом факультетах с последующей выдачей диплома по специальности врач с указанием специализации; 5-летнюю подготовку врачей-

стоматологов и фармацевтов с выдачей диплома о высшем образовании; 6-летний срок обучения на медико-биологическом факультете. В 90-е годы появляются новые специальности в структуре высшего образования: клиническая психология, социальная работа, сестринское дело.

В 2003 году Россия подписала Болонское соглашение, по которому планировалось к 2010 году создать в Европе единое образовательное пространство. В этой связи высшее медицинское образование нашей страны пережило серьезное реформирование. Основные проблемы касались перехода на двухуровневую систему образования, с введением бакалавриата и магистратуры, а также изменений дипломов выпускников вузов. К традиционным оценкам добавились баллы, как принято в Европе. Это делалось для унификации учебных программ и требованиям к ним, а также возможности приравнивания диплома выпускника российского вуза к европейскому.

В настоящее время в стране действуют более 50 медицинских вузов [9], а также 22 медицинских факультета при университетах и несколько негосударственных медицинских вузов. Кроме того, работают военно-медицинские вузы, институты повышения квалификации и усовершенствования врачей, учебно-научные медицинские центры и т.п.

В настоящее время в образовании делается акцент на профессиональную подготовку на протяжении всей жизни, т.е. концепция «образование на всю жизнь» заменяется продиктованной требованиями современной жизни «образование через всю жизнь». Это требование имеет особое значение для здравоохранения. Неслучайно национальный проект «Здоровье» уделяет особое внимание совершенствованию российского медицинского образования, отмечая, что оно должно быть: доступным для всех; непрерывным; качественным; разносторонним; основанным на современных технологиях; активным (т.е. должен быть сделан акцент на активность, самостоятельность обучающихся, способность адаптироваться к меняющимся условиям); соответствующим нуждам здравоохранения. Необходимо использовать современные образовательные технологии, методики самообразования, дистанционное обучение, развивать систему дополнительных образовательных услуг и т.п., то есть делать все для того, чтобы новейшие достижения науки как можно

быстрее становились достоянием медицинской практики и могли сохранить здоровье и спасти жизни многим пациентам.

Таким образом, за всю историю своего существования высшее медицинское образование в России прошло ряд этапов: от становления, через высший пик своего развития в XX веке, к современному состоянию. Работа, которая проводится сегодня отечественной медицинской школой по осуществлению своих непосредственных задач, позволила сохранить существовавшую ранее образовательную систему, вертикаль и профессионализм управления подготовкой кадров, преодолеть возникшие тенденции к разгосударствлению, сохранить приоритеты отечественной высшей медицинской школы. Следует отметить, что сформированная система высшего медицинского образования не была разрушена и в изменившихся условиях, реформирована без ущерба для практического здравоохранения, без снижения уровня оказания медицинской помощи населению нашей страны. Все эти факторы позволяют надеяться, что и в будущем российское высшее медицинское образование, а вместе с ним и вся отечественная медицина будут прочно занимать ведущие позиции в мировой медицине. А для этого необходимо четко отслеживать и учитывать зависимость характера медицинского образования от общей социокультурной обстановки.

### **Примечания**

1. Мирский М.Б. Медицина России X-XX веков: Очерки истории. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2005. – С. 90
2. Сорокина Т.С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений/Т.С. Сорокина. – 9-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – С. 408-409
3. Чикин С.Я., Исаков Ю.Ф., Чекнев М.Б. Здравоохранение и подготовка врачебных кадров в СССР. – М.: Медицина, 1980. - С.4-5
4. Там же. С. 29
5. Ерегиная Н.Т. Высшая медицинская школа России, 1917-1953. Ярославль: ИПК «Индиго», 2010. – С. 114
6. Там же. С. 202
7. Очерки истории. Юбилейное издание// Под ред. академика РАМН Петрова В.И. Волгоград, 2005. – С..5
8. Пальцев М.А., Денисов И.Н., Чекнев Б.М. Высшая медицинская школа в России и Болонский процесс. – М.: «Издательский дом «Русский врач», 2005. – С. 26
9. Медицинские и фармацевтические вузы России.//М.: Международный объединенный биографический центр, 2013. – 479 с.

**Культурные детерминанты моделей взаимоотношений врача и пациента**

Определяя медицину как совокупность теоретических знаний и практических навыков, обычно также отмечают творческий характер деятельности в этой сфере, существование специфичных отношений между субъектом и объектом (врачом и пациентом), наличие особых этических норм, т.е. те аспекты, которые особенно подробно изучает такая наука как биоэтика. [1]

В настоящее время широко обсуждается вопрос об изменении позиции медицины в современном обществе. Профессиональное доминирование врачей, порожденное обладанием специальными знаниями, постепенно исчезает. Современная популярная медицинская литература, СМИ часто убеждают пациентов в том, что они не должны всегда и безоговорочно соглашаться с указаниями врача. Этот подход к оказанию медицинской помощи поддерживается идеологией индивидуальной добровольности, стратегией поведения, набирающей силу и в нашей стране. В обществе присутствуют некоторые ожидания, что пациент поможет себе сам, что забота о здоровье человека лежит на нем самом. У пациента в современном обществе есть большая автономия в отношении образа жизни, в качестве и количестве медицинских услуг, которыми он пользуется.

Успех лечения часто зависит от того, каким образом складываются отношения между врачом и пациентом. D. Lupton приводит конкретные примеры взаимоотношений врача и пациента, они очень разнообразны. [2] Пациенты могут быть уважительны к врачам, проявлять внешнюю скованность, но оценивать лечение со своей точки зрения и действовать по-своему усмотрению. Если заболевание особенно сложное, вызывающее инвалидность или хроническое состояние, пациенты могут быть готовы передать лечение в руки кого-либо компетентного и готового тратить время на их лечение. В некоторых ситуациях пациенты могут не хотеть знать детали своих болезней, лечения или прогноз. Или напротив, хотят знать все о своей болезни, до мельчайших подробностей, самостоятельно ищут дополнительную информацию, пациентов с идентичным диагнозом, хотят участвовать в борьбе со своим недугом вместе с врачами, требуют равноправного участия в этом процессе. Комплаентность пациента, во многом определяющая успех лечения, также зависит от того, каким образом складываются отношения врача и пациента.

Существует четыре базовых модели врачевания, в рамках которых происходит общение по линии «врач-пациент»: техницистская (инженерная), патерналистская,

коллегиальная и контрактная (договорная). Эти модели сформировались под воздействием культурно-исторических факторов, национальной специфики, особенностей системы здравоохранения, современного состояния медицины.

Техницистская модель рассматривает роль врача как исправление некоего технического сбоя в организме пациента. Лечение проводится как техническая процедура, основное внимание уделяется анализу данных лабораторных и других исследований (рентген, биохимические показатели, крови, показатели давления и т.п.). Мнение пациента не учитывается, как несведущего в тонких медицинских материях, происходит деперсонализация его личности и уменьшение личного контакта с врачом. Модель возникает под воздействием расширения использования разнообразной техники в медицине. Ее присутствие в современной практике имеет объективный характер, связанный с развитием медицинской техники и специализации в медицине.

Коллегиальная модель признает равноправие врача и пациента, где последний выступает как соучастник процесса лечения. Однако, даже в случае максимального информирования пациента о его заболевании, он находится в разных профессионально-весовых категориях с врачом. Кроме того, действовать коллегиально может не позволить далекие от медицины причины: разница религий, национальностей, возраста, характера, общего культурного уровня развития и т.п. Однако, эта модель хорошо работает в случае долгого устойчивого контакта врача и пациента, например, в случае лечения хронического заболевания.

Контрактная модель позволяет врачу и пациенту находиться в рамках своих интересов и приоритетов. Эта модель позволяет в определенной мере нивелировать недостатки двух предыдущих моделей. Пациент имеет возможность выбрать тот вариант отношений с врачом, который считает для себя наиболее приемлемым, в том числе полного доверия и подчинения или их разрыв.

Безусловно, в современном мире, с развитием медицинской науки и техники, расширились взаимоотношения врача и пациента и в рамках одной модели они существовать не могут. Принцип уважения прав пациента в определенной степени объединяет все четыре модели врачевания, процессы глобализации способствуют распространению идей либерализма, влияют на выработку норм медицинского права

под воздействием международных стандартов, свою роль играет политика, проводимая Всемирной организацией здравоохранения и т.д.

Тем не менее, например, для нашей страны именно патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента является системообразующей для отечественного здравоохранения и сохраняющей свое значение до настоящего времени. Это связано со спецификой развития российского общества, где психологически наиболее приемлемым был патернализм: «Историческая и этническая составляющая не может игнорироваться, поскольку индивидуальный компонент объекта медицинской заботы и помощи - человек – в большей степени связан с этногенетическими и историко-культурными факторами страны, чем с общецивилизационными тенденциями». [3]

Взаимоотношения врача и пациента могут зависеть от многочисленных факторов, среди которых историко-культурные играют важную роль. Патерналистская модель характеризуется как определенного рода межличностное общение, сходное с отношением родителя к ребенку или священника к прихожанину, ее главными мотивами является оказание помощи нуждающемуся, любовь к ближнему, благотворительность и справедливость.

Существует целый ряд историко-культурных факторов, оказавших значительное влияние на доминирование патернализма в российском обществе. К ним можно отнести:

- уважение и почитание старших (традиция, берущая свое начало со времен язычества, когда наряду с культом природы был распространен культ предков, в дальнейшем нормы патриархального быта поддерживали эти установки);
- православные ценности, прежде всего, любовь к ближнему, жертвенность; помощь страдающему, одним из распространенных деяний при причислении к лику святых было исцеление больного или воскрешение умершего;
- особая роль и отношение к духовным ценностям (сакральный характер взаимоотношений со священником, в дальнейшем с врачом, смысловое пересечение понятий «тайна исповеди» и «врачебная тайна»);
- приоритет межличностных отношений, а не правовых (медицинская помощь часто оказывалась на правах безвозмездной помощи, а не оказания услуги или предоставления товара);

- активное участие интеллигенции (медицинской в том числе) в общественной жизни страны, введение заботы о народе в ранг общественного долга и почти святой обязанности;
- земская медицина и земские врачи, деятельность которых продолжала традиции российской интеллигенции, в тяжелейших условиях, в глубинке страны они многое делали для просвещения, повышения медицинской культуры населения ценой необыкновенных личных усилий, по физическим и моральным затратам сравнимыми с жертвенностью;
- традиции советского здравоохранения (в продолжение традиций земской медицины, медицинская помощь оказывалась бесплатно, советское государство всеобщий контроль распространяло и на сферу здравоохранения, регулярно в массовом порядке проводились диспансеризации, медосмотры и т.д., трактуемые как забота о народе).

На некоторых из этих факторов остановимся подробнее. При рассмотрении вопроса об исторических корнях патернализма на российской почве мы в очередной раз обращаемся к взаимодействию двух фигур врача и священника, двух социальных институтов медицины и религии. В этой связи Богданов В.П. приводит интересные факты: «...медицинская наука всегда так или иначе претендовала на то, что находилась в ведении религиозного контроля. Взаимосвязь религиозных и медицинских претензий осознавалась при этом тем острее (гораздо острее, чем это имеет место в современной культуре), что объектом таких претензий были одни и те же люди. Эти люди составляли церковную паству, а в случае болезни становились пациентами врача. Врач и священник встречались у постели больного, и они же (по крайней мере – теоретически) были последними свидетелями его кончины.

Само слово «врач», изначально церковнославянское, в конце XVIII в., хотя еще не было лишено религиозных коннотаций: «врачеванию», так же, как и «(ис)целению», вверялось не только тело, но и душа, «болящий» врачевался лекарственными снадобьями, но также словесным увещанием и молитвой. Исполнение религиозных предписаний находит одобрение и в собственно медицинском отношении: например – в диетологическом «Слово о постах, как средстве предохранительном от болезней» доктора П.Д. Вениаминова. В целом контроль за физическим здоровьем естественным образом сопутствовал практикам религиозного

контроля – и врач и священник, при всем различии между ними пеклись о физическом и духовном здоровье. [4]

Совпадение социальных функций врача и священника поддерживалось еще одним важным обстоятельством, врачами часто становились выходцы из священнического сословия, ими становились учащиеся духовных академий еще и потому, что знали латинский язык. Из этой среды вышли первые отечественные врачи и ученые-медики: С.Г. Зыбелин, Н.М. Максимович-Амбодик, Д.С. Самойлович, М.Н. Тереховский, М. Шумлянский, О.Я. Саполович. Среди священнослужителей было немало интересовавшихся медициной и способствовавших популяризации медицинских знаний. В 18 веке академик И.И.Лепехин, имея в виду недостаток врачей в России, отмечал, что медицинское просвещение священников очень полезно для оказания минимальной медицинской помощи населению. Примеры такого рода есть в российской истории. Костромской епископ Евгений, организовал в 1803 году при семинарии особые классы для преподавания азов врачебной науки и заботился о пополнении семинарской библиотеки сочинениями по медицине. При очередном витке истории, в современной жизни врач и священник снова осуществляют свою профессиональную деятельность рука об руку. Возродившиеся религиозные традиции крещения, отпевания на общем фоне актуализации религиозной традиции способствуют этому. Врач и священник снова сопровождают человека от момента рождения до момента смерти.

Сегодня, по мнению многих исследователей, можно констатировать достаточно невысокий уровень заботы населения о собственном здоровье. Эта проблема не является исключительно российской, однако в нашей стране она приобрела особую остроту и имеет свои причины. Многие специалисты объясняют эту ситуацию периодом существования бесплатной медицины и доступности для всего населения медицинского обслуживания: бесплатное лекарство, бесплатное лечение, бесплатные санатории и, как следствие, безответственное отношение к собственному здоровью. Эти позитивные в целом меры: «атрофировали у нескольких поколений советских людей индивидуальную ответственность за свое здоровье, укрепили у них представление о том, что забота об их здоровье лежит на министерстве здравоохранения». [5] С этим положением трудно не согласиться, в интервью людей старшего поколения, пенсионеров достаточно часты ссылки на советскую систему

здравоохранения как на положительный опыт в оказании медицинской помощи населению. Кроме того, советским государством поддерживался престиж медицинской профессии, социальный статус врача в обществе культивировался различными средствами.

Современные реалии, в свою очередь, оказывают воздействие на формирование патерналистских настроений пациентов. В рамках реформы здравоохранения в нашей стране эта модель поддерживается возможностью свободного выбора врача. В результате чего, пациент может найти врача близкого по духу и многим другим параметрам и безоговорочно ему доверять. Сейчас в большей степени поведение пациентов определяется низким уровнем знаний в вопросах медицины и дезориентацией в новых формах медицинского обслуживания, лекарственных препаратах и т.п.

Интересно, что патернализм поддерживают и большинство врачей. Данные по поводу характера взаимоотношений между врачом и пациентом получены методами социологии медицины на материале г. Волгограда. По результатам исследования оказалось, что ни один из респондентов-врачей не хочет иметь дело с пациентом, который выступает как компетентный потребитель конкретных медицинских услуг. Таким образом, врачи выбирают традиционную модель отношений врача и пациента, где врач играет в лечении ведущую роль. При этом 12 % - это врачи, которым легче иметь дело с теми пациентами, кто хоть что-то знает о медицине. 24% - респондентов хотят иметь дело с теми пациентами, которые не обладают медицинскими знаниями, но бережно относятся к своему здоровью и полностью доверяют врачу. 18% полагают, что обращение к врачу предполагает согласие на полное ему подчинение. 3% врачей говорят о том, что им ближе пациент, который ничего не понимает в медицине. Никто не захотел иметь компетентного, интеллектуального пациента. [6] Эту ситуацию можно объяснить тем, что врачам легче работать с «послушными» пациентами, с готовностью выполняющими все рекомендации. Кроме того, сами врачи являются представителями того общества, в котором как основная модель взаимоотношений представлен именно патернализм.

Таким образом, можно сказать, что детерминантами во взаимоотношениях врача и пациента являются культурные факторы, обусловленные историческим опытом и сложившимися традициями. Они достаточно устойчивы во времени, их

изменение в каком-либо определенном, запрограммированном направлении достаточно проблематично. При этом их влияние необходимо учитывать при определении стратегии и тактики в сфере здравоохранения, причем от оказания медицинской помощи конкретному человеку до разрешения проблем, связанных с проведением реформ в масштабах страны.

Можно долго рассуждать о моделях врачевания, их особенностях, достоинствах или недостатках, но пока в практическом здравоохранении будут иметь место ситуации, описанные ниже, говорить нужно, прежде всего, о таких прописных истинах как личная культура и такт врача.

«Неплохой хирург, претендующий на остроумие, подошел к старушке, лежавшей на каталке в коридоре. Между ними произошел такой диалог.

- Ну, что бабка, прихватило тебя? Пузо-то болит, небось?

- Болит, милый, - ответила больная.

- Ничего, бабка, чикнем тебя, где надо, а там и домой – отдыхай себе на печке.

- Нельзя мне на печку, касатик. Мне на работу надо.

- Куда же тебе, старая, еще работать?

- Да я в институте физики отделом заведую, профессорствую помаленьку...». [7]

### **Примечание**

1. Седова Н.Н., Сергеева Н.В. Биоэтика в пространстве культуры: монография. – М.: Триумф, 2010. – 336 с.

2. Lupton D. Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies/ D. Lupton . - London. New Dehli: SAGE Publication, 1994. - 193 с.

3. Седова Н.Н. Биоэтика: курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов/Н.Н.Седова.- Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2007. – С. 111-125

4. Богданов К.А. Врачи, пациенты, читатели: Патографические тексты русской культуры XVII-XIX веков/К.А. Богданов.- М.: ОГИ, 2005. – С. 83-84

5. Шилова Л.С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения/Л.С. Шилова//Социологические исследования. - 2007- №9 - С.105

6. Ткач Е.П. Соотношение корпоративных, юридических и этических регуляторов качества оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг: автореф. дис. канд. мед. наук/Е.П. Ткач. - Волгоград. – 2006. – 25 с.

7. Эльштейн Н.В. Медицина и время. – Талинн: Валгус, 1990. – С. 89-90

## Цена медицинской помощи: исторический ракурс

Как было отмечено выше, медицина неизбежно взаимодействует с различными социальными сферами, в том числе с экономической. На протяжении истории эта связь зависела от многих факторов. Одним из важных вопросов всегда был вопрос о стоимости медицинской помощи. Попробуем проследить, каким образом решался этот вопрос с момента начала институционализации медицины, формирования профессиональной группы врачей.

Один из ранних памятников права Законы царя Хаммурапи в некоторых статьях обсуждают врачебную деятельность, точно оговаривая сумму за лечение: «Ст. 215. Если врачеватель сделал человеку сильный надрез бронзовым ножом и спас этого человека или снимет бельмо человека бронзовым ножом и вылечит глаз человека, то он должен получить 10 сиклей серебра». [1] Речь идет о классовом обществе, и размер оплаты за оказание медицинской помощи находился в зависимости от социального положения человека. Например, за раба, хозяин платил в два раза меньше, чем свободный человек за свое лечение. В Египте за советами обращались в тот или иной храм, который от себя уже командировал врача. Врачи не получали от пациентов гонорар. Жили они, как все жрецы, доходами отчасти от имений, принадлежащих храму, от выделяемой в их пользу части государственных сборов, от жертвоприношений тому храму, который направил врача.

Особое обсуждение этих проблем мы находим в Древней Греции, в трудах Гиппократов, основоположника идеи гуманного отношения к больному. Он уделял особое внимание этому вопросу. Беспокоясь о здоровье больного, врачеватель не должен начинать лечение с заботы о своем вознаграждении, так как «обращать на это внимание вредно для больного, иногда подобает лечить даром, считая благодарную память выше минутной славы. Если же случай представится оказать помощь чужестранцу или бедняку, то таким в особенности должно ее доставить... Лучше упрекать спасенных, чем обирать находящихся в опасности». [2] Такой подход к оказанию медицинской помощи повлиял на решение этого сложного вопроса, сохранив свою актуальность через века.

В средневековой Европе сформировался преобладающий подход к оказанию помощи врачом как к медицинской услуге, как к обмену деятельностью, за

определенную плату. В средневековой Руси ситуация была двойственной, так первый письменный закон XI века «Русская правда» гласит во второй статье «...Если (потерпевший) не может отомстить за себе, то пусть возьмет с виновного за обиду 3 гривны, и плату лекарю». [3] С другой стороны, существовала монастырская медицина, где медицинская помощь оказывалась бесплатно, а монахи рассматривали врачебную помощь как послушание и смирение.

Тенденция решения этого вопроса имеет, как правило, два направления. С одной стороны, оказание медицинской помощи это услуга, оказываемая представителями определенной профессиональной группы, которую необходимо оплатить. Этот подход обладает выраженным рациональным характером. Вторая тенденция, бесплатной медицинской помощи, объясняемая причинами морально-этического характера, особенностями культурного развития, сложившимися традициями. В рамках этого подхода оказание медицинской помощи рассматривается как акт безвозмездной помощи, своего рода благотворительности. В ситуации непосредственного проецирования на главные ценности индивида (жизнь и здоровье), когда он оказывается в полной зависимости от представителя врачебной профессии, от последнего требуют, и общественное мнение поддерживает это требование, бесплатного лечения, бесплатного оказания медицинской помощи, особенно в критических ситуациях.

Вторая тенденция особенно характерна для нашей страны, где в большей мере культурные традиции, государственная политика оказали свое влияние в этом направлении. Помимо продолжительного существования бесплатной монастырской медицины большое значение имела земская медицина. Земская медицина XIX века - особое явления в истории России, не имеющее аналогов за рубежом. Помимо таких важных принципов как участковый принцип обслуживания населения, стационарность, начало ведения медицинской статистики, санитарно-профилактическое направление она имела самое главное преимущество: бесплатное оказание медицинской помощи. Элемент благодарности врачам существовал. Население, видя очень скромное существование земского врача на более чем скромную заработанную плату (часто зарплата дворника в Петербурге и Москве была выше), старалось отблагодарить доктора молоком, мясом, яйцами и т.д. Большинство земских врачей рассматривали свою работу как общественную службу, многие из них

вели революционную борьбу, хотели сделать жизнь народа лучше. В количественном отношении земские врачи представляли достаточно значительную группу, специфическое отношение к профессии оказывало влияние на всю социальную группу врачей, способствовало формированию особой врачебной этики.

На эту проблему в свое время обращал внимание Л.Н. Толстой. Медицина делала колоссальные успехи, спасая людей от болезней. Но не могла помочь всем страждущим, услугами врачей пользовались в первую очередь состоятельные люди, способные заплатить за лечение. Большая часть больных оставалась без медицинской помощи. Это возмущало Л.Н. Толстого, и на этом основании он утверждал, что медицина не нужна. В пореформенной России наряду с модными артистами, балетристами, художниками, адвокатами появились модные врачи, чьи баснословные гонорары поражали воображения современников. Казалось безнравственным, что умение излечивать болезни может сделать человека состоятельным, казалось аморальным богатеть на человеческих страданиях. [4]

На протяжении веков отношение к вымогательству денег у пациентов, намеки на дополнительную оплату воспринимались как негативные явления. С XIX века бытует показательная история о докторе Захарьине, который отказался бесплатно проконсультировать своего коллегу (!), приехавшего из Сибири. Узнав об этом, студенты-медики собрали мешок денег мелочью и поставили на кафедру перед лекцией, резонанс этого события был так велик, что Захарьину пришлось с кафедры уйти. [5]

Безусловно, были и совершенно противоположные истории, связанные с бескорыстием врачей и даже оказанием помощи своим материально нуждающимся пациентам. А. Эфрон в своих воспоминаниях рассказывает о враче Егорове, попавший в список «вредителей», «кардиолог, которого знала и любила вся Москва. У него лечилась интеллигенция, он пользовал и моего мужа - Сергея Ивановича Артоболевского, и семью Эфрон, и многих других. (У Е.Я. Ефрон Егоров обычно не брал ни копейки, а видя более чем скромную обстановку, «забывал» на столе под какой-нибудь книгой 25 рублей.)». [6] Образ похожего врача встречаем в произведении А.И. Куприна «Чудесный доктор», прототипом главного героя послужил Н.И. Пирогов. В рассказе известный доктор показан как человек,

бескорыстно оказывающий помощь нуждающимся людям, своим случайным пациентам.

Существует еще одна любопытная тенденция, связанная с оплатой медицинской помощи. Определенное число пациентов считает, что бесплатная медицинская помощь неэффективна, за нее обязательно нужно заплатить. Народная мудрость гласит: «То, что не стоит денег, действительно, этого не стоит», «Для здоровья ничего не жалко» и т.п. Философ М. Монтень солидарен с этой позицией, он отмечает: «Всякий путь, ведущий к здоровью, я не решился бы назвать ни чересчур трудным, ни слишком дорогим». [7]

Такая тенденция наблюдалась и среди крестьян XIX века, и это не смотря на существование бесплатной земской медицины, Г.И. Попов приводит следующие сведения: «Из других течений современной деревенской жизни, поскольку они касаются медицины, мы отметим проявляющуюся в некоторых местах склонность крестьян лечиться у волнопрактикующих врачей. Об одном из таких врачей, господине К., в г. Череповце, сообщают, что он берет с больных за лечение то, что они могут дать – двугривенный, фунт масла, десяток яиц и т.п., и его приемная крестьянами из ближайших к городу деревень посещается больше, чем земская. «Хороший доктор, - хвалят его мужики, - он у тебя все выпросит: и про боль, и про ребят, и много ли у тебя скотины, кончил ли ты косить, начал ли ты жать да сеять – окончательно все опросит и ничего не опустит, а все потому, что не даром». О другом подобном же добровольце-враче в деревне и с такими же одобрительными мужицкими отзывами сообщают нам из Скопинского уезда (Ряз. губ.)». [8] Отголоски такого отношения находим в произведении Б. Пастернака. Доктор Живаго записал в своем дневнике: «Я отказался от медицины и умалчиваю о том, что я доктор, чтобы не связывать своей свободы. Но всегда какая-нибудь добрая душа на краю света проведаёт, что в Варыкине поселился доктор, и верст за тридцать тащится за советом, какая с курочкой, какая с яичками, какая с маслицем или еще с чем-нибудь. Как я не отбодряюсь от гонораров, от них нельзя отделаться, потому что люди не верят в действенность безвозмездных, даром доставшихся советов».

Нужно отметить, что и в Западной Европе этими вопросами время от времени беспокоивались, пытались найти возможность, хотя бы в некоторых случаях, бесплатно оказывать медицинскую помощь, определяя источники получения средств

в этом случае. Так, М. Фуко в «Рождении клиники», обсуждает попытку решить этот вопрос во времена французской революции: «Следовало бы создать медицину, в достаточной степени связанную с государством, чтобы она могла в согласии с семьей осуществлять постоянную, всеобщую, но дифференцированную политику помощи. Медицина становится национальной задачей, и Менюре в начале революции мечтал о бесплатном лечении, обеспечиваемом врачами, которых государство вознаграждает из доходов церкви». [9] Есть и примеры мздоимства, Й. Циттлау приводит показательный пример в контексте нашей темы, отчасти объясняя ситуацию: «врач Вольтера позорил своего бывшего пациента. До сих пор неясно, почему он так поступил: то ли ему не хватило духа открыто выступить против философа при его жизни, то ли просто не хотел терять платежеспособного клиента. Ведь Вольтер был не только очень болен – он был еще и очень богат, а врачи с большой неохотой уступают друг другу таких пациентов». [10]

Возвращаясь к ситуации в России, необходимо отметить, что большое влияние на решение этого вопроса оказала советская система здравоохранения, которая заимствовала и развивала принципы земской медицины. Уже в 1918 году в докладе Н.А. Семашко «Об организации и задачах советской медицины» содержалось положение: «Лечебная медицина должна быть построена на последовательности проведения принципов: а) общедоступности и б) бесплатности». [11]

И в народной медицине сохраняется идея бесплатной помощи. Во всяком случае, для большинства народных лекарей врачевание не являлось и часто не является основным источником доходов. По рассказам одной из знахарок хутора Красный Октябрь Тихорецкого района Краснодарского края, ее бабушка, всю жизнь лечившая людей и передавшая внучке свои знания, наставляла ее такими словами: «Лечи, внученька, людей спасай. Особенно маленьких детей от испуга лечи, но ничего не бери с людей, ни с богатых, ни с бедных... За это тебе Бог здоровья даст, ты будешь здорова до самой смерти». [12] Более того, в повседневной культуре до сегодняшнего дня распространено мнение, что умение оказывать помощь больному человеку, облегчать его страдания это дар свыше, и плату за это брать не нужно, иначе можно потерять способность к лечению болезней, поэтому бабушки-знахарки часто плату берут не в денежном выражении, а кто и что даст в благодарность.

Даже такой краткий экскурс в историю позволяет понять причины восприятия российским населением оказания медицинской помощи как помощи, которая должна осуществляться бесплатно. Для значительной части населения нашей страны проблема платы за медицинскую помощь является чрезвычайно болезненной. С момента принятия закона «Об обязательном медицинском страховании», введения платных медицинских услуг споры, высказывания неудовольствий по этому поводу не прекращаются. Доктор Л. Рошаль неоднократно отмечал, что платная и бесплатная медицина должны отличаться только уровнем комфортности, но не качеством медицинской помощи, однако положительный баланс между ними еще не достигнут.

Сегодня, во многом благодаря средствам массовой информации и Интернету, населению известны пути нелегального увеличения доходов врачей: диагностические лечебные процедуры, предложение дорогостоящих препаратов, внеочередная госпитализация, прием пациентов за плату, использование оборудования лечебного учреждения и т.п. Однако, провести исследование в этой области и навести порядок достаточно сложно. Безусловно, нужно учитывать естественное желание пациента отблагодарить врача за оказанную помощь, за возвращенное здоровье, которое, как известно, за деньги не купить. С другой стороны, а почему пациент дополнительно должен благодарить врача, если последний получает заработную плату за свой труд и в обществе существует обмен профессиональной деятельностью. Другое дело, что заработная плата медицинских работников мала, а труд тяжелый энергоемкий и эмоционально затратный. Следуя логике известного журналиста Владимира Соловьева – взятка, это попытка стихийного урегулирования недостатков в оплате труда. Поэтому в число представителей профессий, критикуемых за получение нетрудовых доходов, чаще всего попадают бюджетники (учителя, медики и т. п.).

Анализ данной проблемы был предпринят в рамках социологии медицины. Так, например, академик РАМН Решетников А.В. отмечает, что развитие теневого рынка в здравоохранении объясняется целым рядом причин, например слабым финансированием отрасли, нерегистрируемой экономикой здравоохранения и т.п. Контролируемые государством легальные платежи граждан составляют лишь незначительную часть общего объема индивидуального финансирования. Основная масса платежей населения имеет теневой характер и по своему объему вполне

сопоставима с направляемыми на эти цели государственными финансовыми ресурсами. Согласно данным социологического опроса, главные врачи считают, что случаи благодарности редки. Пятая часть опрошенных считают, что такие случаи бывают, но не часто, треть – они бывают очень редко, а 44% главных врачей заявили: «Я не знаю таких случаев». И только 2% все-таки подтверждают мысль о «нелегальных» доходах за оказанных медицинские услуги. В то же время, по мнению главных врачей, примерно половина врачей получает скрытые доходы от пациентов за оказанные услуги. Но, по их мнению, говорить о сложившемся рынке нелегальных платных медицинских услуг нет достаточных оснований. Пациенты показали другие результаты. Примерно 70% пациентов в государственных медучреждениях так или иначе оплачивают медицинские услуги. С определенной долей вероятности это явление было оценено с помощью индикатора «как определяется размер благодарности за оказанную медицинскую услугу?». Большинство экспертов (из тех, кто ответил на этот вопрос) сказали: «Произвольно, пациентом», но 2% сообщили, что «уже сложились определенные нелегальные расценки». Эта проблема существует и граница между теневой и официально регистрируемой экономикой в сфере медицинских услуг, видимо, должна проходить на уровне законодательно принятых правил обеспечения населения медицинской помощью в организациях разной формы собственности. [13]

Пока этот вопрос обсуждается в научных дискуссиях, средствах массовой информации, приведем ежедневную врачебную молитву, известную с XII века, сделав последний комментарий. Через века прошла и сохранила свою значимость эта молитва, и замечательно, что текст ее включен в учебник для студентов медицинских вузов: «Господи! Не допусти, чтобы жажда наживы и славы руководили мною в практической работе... Укрепи силы моего сердца так, чтобы оно могло одинаково реагировать на страдания бедного и богатого, доброго и злого, помогло одинаково другу и врагу. Научи меня, Всемогущий, терпеливости и спокойствию, когда больной непослушен или оскорбляет. Сделай меня умеренным во всех моих суждениях и действиях, но только не в знаниях, ибо в последних я хочу остаться ненасытным. И пускай далекой от меня останется мысль о том, что я все знаю и умею...». [14]

Многие компоненты врачебной профессии и медицинской идеологии меняются во времени, но главные остаются. Это, в первую очередь, постоянное пополнение

профессиональных знаний, высокие личностные морально-нравственные качества врача, способность на безвозмездной основе выполнять свой профессиональный долг.

### **Примечание**

1. История фармации: Учебное пособие для студентов фармацевтических вузов. – Самара: ГП «Перспектива»; СамГМУ, 2002. – С.23
2. Гиппократ. Избранные книги/ Пер. с греч. В.И. Руднева; Ред., вступ. статья и примеч. В.П. Карпова. – М.: Сварог, 1994. – С.121
3. Россия в мировой цивилизации. Хрестоматия. Москва-Волгоград, 2003. – С.25
4. Экшут С. Так говорил «матерый человечеще». //Родина. – 2012 -№ 12 - С. 88
5. Юдин С.С. Из мемуарной повести «Захарьино» и анекдоты о знаменитом московском докторе Захарьине.//Социум. – 1994. - №4-5. – С.45
6. Эфрон А. «А жизнь идет как Енисей...». Туруханская ссылка: из писем, стихов, рассказов, записей /Ариадна Эфрон. Рядом с Алей. Воспоминания/ Ада Федерольф; [сост. С.С. Виленский, М.М. Уразова]- М.: Возвращение, 2010. – С. 264-265
7. Монтень М. Опыты. М.: «Терра», Т. 2, 1991. – С. 348
8. Попов Г.И. Русская народно-бытовая медицина. – Рязань: Александрия, 2010. – С. 137-138
9. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл. 1998. – С. 47
10. Циттлау Й. Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их горе-врачей. – СПб.: Питер, 2010. – С. 14
11. Семашко Н.А. Избранные произведения. – М.: Гос. изд. мед. лит., 1954. – С. 134
12. Семенцов М.В. Состав народных медицинских знаний кубанских казаков в XIX – начале XX веков.//Фольклорно-этнографические исследования этнических культур Краснодарского края. Краснодар: Краевой научно-методический центр народного творчества, отдел традиционных национальных культур, 1995 - С. 9
13. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – С. 646-651
14. Общая хирургия: учебник/Под ред. проф. Н.А. Кузнецова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.- С.62

### **Слухи, суеверия и предрассудки в медицине**

Тема медицины присутствует в повседневной культуре в самых разных проявлениях. Рассмотрим ее презентацию в таких специфических феноменах как слухи, суеверия и предрассудки, которые были и остаются значительными составляющими мировоззрения современного человека.

Слухи – своеобразная информация или источник информации, позволяющий рассматривать их как своеобразный индикатор отношения в нашем случае к медицине, прежде всего, со стороны непрофессионалов. Вероятно, слухи существовали всегда, во всяком случае, уже Тит Ливий определяет их как особого рода общественное мнение. Слухи могут играть важную роль в общественной жизни,

к изучению этого феномена обращаются социальные психологи, социологи, философы, культурологи и т.д. В современной жизни мы можем встретить намеренное распространение слухов, что бывает важно для политики, торговли, шоу-бизнеса т.п., наблюдать появление специальных людей (профессий), которые занимаются продуцированием слухов для достижения определенных результатов в какой-либо сфере. В современной техногенной цивилизации скорость распространения слухов велика, в том числе с помощью средств массовой информации и коммуникации.

В «Толковом словаре русского языка» С.И. Ожегова и Н.Ю. Шведовой среди прочих значений этого слова находим следующую дефиницию: «Слух - молва, известие о ком-чем-н. (обычно еще не ничем не подтвержденное). *Пусть слух. Ложные слухи. Не всякому слуху верь. (посл.). Слухом земля полнится (посл.).* [1] В обыденной жизни слухи что-то не проверенное, кратковременное, если они получают хотя бы малейшее подтверждение, могут перерасти в суеверия или поверье, более устойчивые во времени феномены, которые могут передаваться из поколения в поколение, что абсолютно не исключает возможности быть элементарным заблуждением. В большинстве случаев в появлении слухов срабатывает дефицит информации, умноженный на интерес к ней. Существует множество оснований, по которым можно классифицировать слухи. Их различают по содержанию (политические, экономические, экологические, медицинские и т.п.); временной ориентации (касающиеся прошлого или будущего); типу происхождения (спонтанные или преднамеренные) и по отношению к реальности (рациональные или фантастические) и т.д.

События, которые становятся сюжетами для многих медицинских слухов, всегда эмоционально окрашены, что объясняется имманентной связью медицины с главными для человека ценностями. Человечеству свойственна вера в чудо, отсюда вера в существование чудодейственных лекарственных препаратов, своеобразных панацей в разные исторические эпохи, имеющие различные предметные воплощения от философского камня до герболайфа. С другой стороны, слухи в сфере медицины часто касаются рассказов о страшных, губительных последствиях для человеческого организма, которые являются результатом применения каких-либо лекарственных средств или врачебных методик. Таким образом, слухи в сфере медицины можно

разделить на несколько групп. Одни демонстрируют позитивное отношение к медицине и веру в ее прогресс, другие, наоборот, содержат устрашающую информацию, предостерегая от обращения к врачам. Некоторые слухи содержат смешанную информацию как отражение общественного мнения, не определившегося в своих оценках.

Рассмотрим природу слухов в медицине, приведя несколько примеров. Во время обороны Севастополя в период Крымской войны (1853-1856) активно занимался врачебной практикой блистательнейший российский хирург Николай Иванович Пирогов. Он достиг значительных успехов, впервые применил наркоз, начал использовать гипс, предложил сортировку пациентов по степени серьезности болезни, привлекал к уходу за ранеными сестер милосердия и этими мерами внес огромный вклад в развитие отечественной медицины. И уже в период войны о Н.И. Пирогове ходили (интересное определение для распространения информации) слухи как о чудесном докторе. Во время Крымской войны произошел такой случай. Однажды офицер увидел группу солдат, которые несли на носилках в медицинскую палатку тело своего товарища. Ему снарядом оторвало голову. Удивившись, офицер спросил: «Зачем вы его сюда несете, братцы?». И услышал в ответ: «Батюшка Пирогов пришьет, и Степан оживет». Такова была вера в необыкновенные способности одного из величайших хирургов. [2]

Этот пример, безусловно, является показателем веры в прогресс врачебного искусства, что особенно важно для медицины XIX века, века, когда научная медицина только набирала силу и авторитет. В России даже во второй половине XIX века земским врачам приходилось сталкиваться с серьезными трудностями во взаимоотношениях с пациентами, преодолевать их недоверие, многочисленные негативные слухи, что прекрасно отображено в произведениях художественной литературы. О существовавших на тот момент больницах известный общественный деятель, земский врач С.И. Мицкевич писал: «Смертность в больницах – отчасти вследствие всей постановки дела в них, была огромной: крестьяне привыкли приписывать смерть самому факту поступления больного в больницу и питали к больницам ужас и отвращение, называя их морилками». [3]

Немаловажную, отчасти двоякую роль слухи сыграли в карьере выдающегося врача-терапевта Сергея Петровича Боткина. У молодого (30 лет) талантливого

профессора академической клиники внутренних болезней было немало завистников и недоброжелателей. Завистники очень обрадовались, когда Сергей Петрович поставил одному больному диагноз – тромбоз воротной вены, но тот благополучно прожил несколько недель. С.П. Боткин пытался объяснить это обстоятельство, однако слухи о непрофессионализме молодого заносчивого профессора стали быстро распространяться во врачебной среде. Вскоре больной умер, весть об этом быстро разнеслась по Петербургу, который, как и вся академия, застыл в томительном ожидании: окажется ли действительным диагноз Боткина.

В день вскрытия анатомический театр был переполнен врагами и друзьями Сергея Петровича и просто любопытными. Патологоанатом профессор Ильинский при гробовой тишине извлек воротную вену, в которой содержался тромб. После этого случая слухи о поразительной диагностической интуиции С.П. Боткина вышли далеко за пределы академии, дошли до императорской семьи. С.П. Боткин был приглашен к императорскому двору, где он вскоре приобрел доверие и любовь. Посыпались приглашения к тяжелобольным как со стороны врачей, ему сочувствующих, так и со стороны враждебно настроенных. [4]

Примеры другого рода. Выдающийся ученый эпохи Возрождения, основоположник научной анатомии А. Везалий, своими открытиями нанеший мощный удар по средневековой схоластике был в свое время осмеян и затравлен. В конце жизни был лишен возможности заниматься анатомией, преследовался клеветническими слухами, его обвиняли в том, что он вскрывал живых людей, и якобы во время вскрытия сердце умершего обнаружило признаки жизни. Везалий был вынужден сжечь часть своих рукописей, а судьба его сложилась более чем трагично. [5] История медицины, к сожалению, в буквальном смысле слова наполнена такими случаями непонимания, открытой враждебности к прогрессивно мыслящим деятелям науки со стороны своих современников.

Часто негативные слухи возникают по причине незнания и непонимания той или иной проблемы и приводят к отрицательной оценке самой личности врача. Уроженец Амстердама профессор, главный врач больницы на Яузе Николас ван Бидлоо за знания и опыт был высоко оценен Петром I, чего нельзя было сказать о москвичах. Ходили слухи, что Бидлоо «грешил по ночам трупоразодранием, людей резал и научно кусками по банкам раскладывал, за то его боялись и не жаловали».

Горожане переименовали фамилию доктора на русский манер «Быдло» и лечиться у него избегали. [6]

Иногда негативные слухи распространялись касательно общих мероприятий, проводимых в масштабах государства или относительно всех врачей. Так, например: «...для вывоза из домов больных и погребения умерших были определены уголовные преступники, приговоренные к тяжелым наказаниям. Они были одеты в особую, пропитанную воском или просмоленную одежду (вощанку), лицо наглухо закрывалось маской, на руках были промасленные рукавицы. Народ дал им название – «мортусы». Эти «мортусы» длинными крючьями вытаскивали из домов чумные трупы или зараженные вещи. Народ боялся их больше самой чумы, так как среди населения носились упорные слухи, что они выволакивали крючьями не только мертвых, но даже и живых, находящихся в бессознательном состоянии, и бросали их в братские могилы». [7] Или: «В период Первой мировой войны началась эпидемия чумы... Медики предприняли решительные меры по локализации эпидемии. Среди солдат, бегущих с фронта, распространились слухи, что доктора специально выдумали чуму, чтобы помешать им уйти домой». [8] и т.д. и т.п.

Показательны примеры борьбы с оспой, тяжелейшим заболеванием, унесшим тысячи жизней. Трудности внедрения оспопрививания наблюдались во всех странах, потому что были широко распространены страхи и опасения, что у привитого человека могут проявиться различные придатки коровьего происхождения – копыта, рога, оволосение и т.п. Понадобились специальные меры, чтобы преодолеть распространившиеся слухи. Распространяли специальные брошюры по оспопрививанию, в России лубочные картины. Екатерина II одна из первых привила оспу себе и своему сыну Павлу. Иркутский губернатор Бриль, по примеру императрицы, в свою очередь подал пример, привил на глазах у населения своих детей. В Барнауле командующий войсками привил оспу своей трехлетней дочери. [9]

Г.И. Попов приводит слухи среди обычных людей XIX века по поводу распространения холеры, оформленные в виде сказки или предания: «Толков было множество. Говорили, между прочим, что холер ходит целых пять – три бабы и два мужика. Потом распространился слух, что одну из холер убили. Дело будто бы происходило так: ехал перед самым вечером один мужик по дороге, вдруг кто-то его окликает:

- Стой, мужичок, подвези меня. – Оглянулся мужик, видит: гонится за ним старуха, худая, слабая, зипунишка на ней изорванный, из-под платка волосы треплются, смоклась вся. Жаль стало мужику старуху, остановил лошадь, посадил старуху к себе на телегу.

- Ну, спасибо тебе, - говорит старуха, услужил ты мне, услужу и я тебе.

- Чем же ты мне послужишь, бабушка?

- Да ведь я холера. Приду в деревню, пушу яд во все колодцы, кто из них напьется, тот и захворает, а ты бери на свою семью воду из реки, покуда хворость пройдет, туда я не буду яд пускать.

Посмотрел мужик на старуху, а она черная, страшная, глаза словно уголья горят. Ну, думает, хорошо, что сказала, угощу я тебя, старую ведьму. Привез ее к себе, водочки поднес, угостил. Улеглась она на печку, захрапела. Мужик взял топор, подкрался, хватить ее по шее, сразу голову отсек. Смотрит, а она вся начинена пузырьками с ядом. На другой день он с нею в волость. Осмотрели старуху и дали мужику сто рублей награды». [10]

Согласимся с мнением Б.В. Дубина, что «слухи... становятся возможны и функциональны там и тогда, где традиционная реальность уже не равна самой себе, где, как говорит Гамлет, «мир вышел из пазов». В этом смысле слухи и питающая их картина мира - симптом и продукт разлома устойчивого общества, его входа в иное, «новое», «модерное» и т.п. состояние». [11] При помощи слухов происходит адаптация к изменениям реальности, что заставляет искать новые пути объяснения и понимания события. Именно относительно каких-либо новых состояний медицины, новшеств в ней и, как правило, рождаются слухи.

Слухи - это историко-культурная рефлексия, определяемая уровнем развития общества, уровнем индивидуального культурно-образовательного развития, в конечном итоге готовность воспринять нечто новое как на индивидуальном, так и на общественном уровне. От этих показателей будет зависеть возможность и скорость распространения слухов, будут они активно транслироваться от индивида к индивиду или на определенном этапе попадут под сомнение и не станут распространяться далее.

Изучение содержания слухов, механизма их функционирования в обществе имеет важное значение не только для восстановления более полной картины

исторической действительности, изучения культуры повседневности прошлого, но и современной жизни. Исходя из такого подхода, актуализируются принципы жизнедеятельности некоторых сфер общества в плане подачи достаточного количества разъясняющей информации и учета психологии населения с использованием исторического опыта. Имеется в виду медицина, более конкретно, например, реклама лекарственных препаратов, использование новых или традиционных методов лечения болезней. Учитывая невысокую медицинскую культуру населения, его легковёрность к печатному слову, к новостям с экранов телевизоров или мониторов компьютеров, традиционную надежду на чудо быстрого и легкого исцеления от какого-либо недуга, необходимо более ответственно подходить к деятельности в этой жизненно важной сфере для преодоления негативных последствий, касающихся жизни и здоровья населения.

К сфере медицины относятся такие явления и культурные практики как суеверия и предрассудки, тесно связанные со слухами. Дефиниций понятия «предрассудок» достаточно много. Например, согласно С.И. Ожегову, и Н.Ю. Щедовой, «предрассудок – ставший привычным ложный, суеверный взгляд на что-нибудь». [12] Большой энциклопедический словарь определяет предрассудок как «суеверия, предубеждения; неблагоприятную социальную установку к какому-либо явлению; не основанную на критически проверенном опыте, стереотипные и эмоционально окрашенные, они весьма устойчивы». [13] Соответственно, «суеверия - это (букв. – суетное, тщетное, т.е. ложное), верование, которому противопоставляется истинная вера, формулируемая в вероучениях развитых религий, с рационалистической точки зрения – всякая вера в сверхъестественные явления». [14] В контексте нашей темы концептуальные различия в толковании этих терминов не особенно важны, так как важен конечный результат их влияния на представления о медицине и успехе лечения.

Суеверия и предрассудки о медицине очень распространенное явление. Значительное количество примеров такого рода можно обнаружить в истории, истории медицины, этнографии и других гуманитарных науках. Например, согласно этнографическим данным у некоторых народов существовали и сохраняются многочисленные приметы, целью которых является недопущение болезни. Например,

в первый день Великого Поста женщине запрещалось первой заходить в жилище – нужно войти мужчине т.к. «это на счастье, а если баба, то на хворобу». [15]

Предрассудки и суеверия могут быть связаны с продуктами питания. Соль – один из основных атрибутов гадания на Кубани. С ее помощью предсказывали урожай, смерть, болезнь человека. Например, чтобы узнать, будет жить или умрет человек, его сажали перед столом, на котором раскладывали хлеб, соль, уголь, зажигали лучину. Если уголек лучины отклонится в сторону хлеба или соли – человек будет жить, а если в сторону угля, то умрет. Так прослеживалась магическая связь соли с жизненными силами человека, ее способность воздействовать на человеческое здоровье. Эти представления нашли отражение в заговорах: «Соль-солица, небесная царица, никто без тебя не может жить: не царь, не царица, не весь православный мир...». [16] Присутствие лекарственных средств (особенно растительного, животного, минерального происхождения) в суевериях и предрассудках имеет под собой архаичные мировоззренческие истоки, сохранившиеся со времен народной медицины, в сочетании с рациональными представлениями они обеспечивают сохранение и передачу лечебных рецептов, интегрировавшись в систему современного информационного общества.

Примеры распространения предрассудков и суеверий активно демонстрирует история медицины, в виде многочисленных свидетельств отношения к различным болезням и их лечению. Так, долгое время среди простых людей было распространено мнение о том, что профилактика оспы вообще не нужна, поскольку болезнь посылает людям Господь и, следовательно, прививать оспу, значит, идти против Господа. В Швеции кое-кто утверждал, что ланцет вакцинатора является врагом креста, а метка, которую он оставляет на руке привитого пациента, является дьявольской отметиной. Кроме того, верующие утверждали, что привитие человеку оспенного материала, взятого от коровы, ведет к порче человеческой природы, как ее замыслил Господь. [17] Хрестоматийным примером является полная различных предрассудков история отношения к проказе. Вопреки им, проказа не передается при простом прикосновении больного и не всегда смертельна и уж тем более не является наказанием за распущенность нравов, как пыталась представить причины этого заболевания церковь. Правда, понадобился ни один десяток лет, чтобы понять и принять истинные знания...

Суеверия и предрассудки срабатывали относительно отдельных личностей, отражались на их судьбе. Ф. Шиллер пять лет обучался медицине, но звания доктора не получил. Он был болезненным человеком с раннего детства. Причиной его смерти был туберкулез, «...тогда не существовало лекарства против туберкулеза. Знаний об этой болезни было еще слишком мало, вокруг нее множились предрассудки, которые культивировались и разносились даже самыми именитыми врачами. Одним из них был доктор Рене Лаеннек, изобретатель стетоскопа. Он определял туберкулез как дурную судьбу, телесно выражающуюся в опухоли. Как заметил французский медик, болезнь была хоть неизлечима, к счастью, не заразна». Сам доктор Лаеннек умер в возрасте сорока пяти лет – от туберкулеза. [18]

В то же время многие врачи говорили о необходимости борьбы с предрассудками и суевериями, мешавшими развитию медицины. Выдающийся врач М.Я. Мудров, оставивший огромное наследие не только по лечению болезней, но и специальной врачебной педагогике, отмечал, что для доктора полезны многие навыки: «...разумное принятие доброго совета от кого бы он ни шел; убедительное отклонение вредных предложений и советов, *удаление от суеверия* (выделено авторами); целомудрие и благочестие; покорение самого себя». [19]

Рассматриваемые феномены в рамках медицины имеют отношение к проблеме оплаты медицинских услуг. Отмечено, что врачи могут оказаться в ситуации зависимости от непрофессиональных взглядов своих пациентов. Джордж Бернард Шоу прекрасно это осознавал: «доктор обнаруживает, что разорится, если он перестанет разделять суеверия своих пациентов. И в результате он инстинктивно старается не расставаться с ними. Вот почему все изменения происходят по инициативе людей, стоящих вне медицинской профессии». [20]

Таким образом, медицинские работники могут оказаться в плену предрассудков как следствии недостатка знаний, научных заблуждений или сугубо практических соображений. Они сами могут иметь многочисленные профессиональные суеверия, что вполне объяснимо высокой напряженностью их трудовой деятельности. Суеверия и предрассудки самих врачей, хотя их культура и достаточно замкнутая, строго корпоративная, тема интересная и практически неизученная. Однако, наиболее социально значимым является отношение пациентов или потенциальных пациентов к слухам, предрассудкам и суевериям при лечении болезней.

## Примечание

1. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений.//Российская академия наук. Институт русского языка им. В.В. Виноградова. – 4-изд., дополненное. М.: Азбуковник, 1997 – С. 732
2. Сабанов В.И., Грибина Л.Н. Лекции по истории мировой медицины: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. – Волгоград: Комитет по печати, 1996 - С.81
3. Мицкевич С.И. Записки врача-общественника (1888-1918). М.: «Медицина», 1969 - С. 139
4. Шойфет М.С. Сто великих врачей. М.: Вече, 2004 – С. 329-331
5. История медицины. Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. – М.: Медицина, 1981 - С.96
6. Грицак Е.Н. Популярная история медицины. М.: Вече, 2003 – С.203
7. Супотницкий М.В., Супотницкая Н.С. Очерки истории чумы: В 2-х кн. Кн.1: Чума добактериологического периода/М.В. Супотницкий, Н.С. Супотницкая. – М.: Вузовская книга, 2006. – С. 244
8. Михель Д.В. Болезнь и всемирная история: учеб. пособ. для студентов и аспирантов – Саратов: Научная книга, 2009. - С. 172
9. Конюс Э.М. Истоки русской педиатрии. Наркомздрав СССР Государственное издательство медицинской литературы «Медгиз», 1946, Москва, Золотые страницы медицины, Библиотека классики медицинской литературы, 2007 – С. 337
10. Попов Г.И. Русская народно-бытовая медицина. – Рязань: Александрия, 2010. – С. 39
11. Дубин Б.В. Речь, слух, рассказ: трансформации устного в современной культуре., Электронный ресурс <http://ec-dejavu.ru/r/Rumour.html>, С. 73; см. также Дубин Б.В., Толстых В.А. Слухи как феномен обыденной жизни.//Философские исследования. 1993. - №2. - С. 136-181
12. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений/Российская академия наук. Институт русского языка им. В.В. Виноградова. – 4-е изд., дополненное. М.: Азбуковник, 1997. - С. 581
13. Большой энциклопедический словарь. – 2-изд., перераб. и доп. – М.: Большая Российская энциклопедия, 1998. - С. 954
14. Там же. С. 1162
15. Семенцов В.М. Народные медицинские знания в традиционном календаре кубанских казаков.//Фольклорно-этнографические исследования этнических культур Краснодарского края. Краснодар: Краевой научно-методический центр народного творчества, отдел традиционных национальных культур, 1995. - С.43
16. Семенцов М.В. Состав народных медицинских знаний кубанских казаков в XIX – начале XX веков.//Фольклорно-этнографические исследования этнических культур Краснодарского края. Краснодар: Краевой научно-методический центр народного творчества, отдел традиционных национальных культур, 1995. - С.22, 23
17. Михель Д.В. Болезнь и всемирная история: учеб. пособ. для студентов и аспирантов – Саратов: Научная книга, 2009. - С. 104
18. Циттлау Й. Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их горе-врачей. – СПб.: Питер, 2010. - С.41
19. Мудров М.Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных/Избранные произведения. – М., 1949. - С. 206
20. Цит. по Портер Р. Взгляд пациента. История медицины «снизу».//Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины/под общ. Ред. Ю. Шлюмбама, М. Хагнера, И. Сироткиной; [отв. ред. И. Сироткина; пер. с англ. и нем. К.А. Левинсона]. – СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге; Алетейя, 2008. - С. 70

## **Медицина и болезни в воспоминаниях, дневниках, письмах**

Существует большое количество воспоминаний, мемуаров и дневниковых записей, касающихся темы медицины. Они многообразны, их авторами могут быть врачи, пациенты, родственники или те, кто волею судьбы оказался рядом с больным человеком.

Сюжеты, связанные с медициной и болезнью являются центральными в воспоминаниях врачей. Интересным является факт, что именно врачи из всех существующих профессиональных групп оставили огромное количество дневниковых записей и воспоминаний. [1] Вероятно, это связано с их напряженным и ответственным трудом, а также с желанием поделиться своими открытиями или ошибками, которые в медицинской сфере имеют большое значение. Эти сведения важны для расширения представлений об опыте переживания болезни другими людьми, для формирования собственной стратегии борьбы с болезнью, для понимания характера, поступков другого человека, в частности врача. Одним из интереснейших в этом жанре является произведение Н.И Пирогова «Вопросы жизни. Дневник старого врача, писанный исключительно для себя самого, но без задней мысли, что, может быть когда-нибудь прочтет и кто другой». Уже название заставляет задуматься. Ясно, что перед нами труд мудрого человека и врача, полезный для его последователей.

Врач и пациент – две ключевые фигуры медицины. Их отношения могут складываться по-разному. Доверие к врачу со стороны пациента зависит от искреннего человеческого сострадания, желания помочь любой ценой, представляет собой некий неуловимый контакт, находящийся на грани психологического взаимодействия. Реалии в медицине таковы, что не позволяют порой такому контакту состояться. Пациенту в силу разных причин трудно поделиться своими переживаниями по поводу болезни, а врач часто закрыт за рабочей суетой, профессиональной суровостью, желанием дистанцироваться от больного. Воспоминания и дневники позволяют приоткрыть занавес над этой ситуацией. Они

как вид источника имеют свои специфические черты, как правило, одной из главных его характеристик называют субъективность. В обсуждаемом случае субъективность имеет свои положительные черты, так как автор, как правило, передает свои личные переживания искренне, без прикрас и утаивания информации. Приведем несколько примеров воспоминаний и дневниковых записей, касающихся темы медицины и болезней.

Достаточно объемным является блок воспоминаний, который описывают стиль общения врача с пациентом, отношение с родственниками. Например, современников поражал подход С.П. Боткина к постановке диагноза. Он смотрел на больного как ученый-исследователь на объект, требующий изучения. Из воспоминаний публициста Р.Семеновского: «Добросовестность знаменитого диагноста, помню меня поразила. Чего он только не проделывал со мною в течение часа: постукивал, выслушивал, клал на спину и на живот, колот и острым и тупым концом булавки, заставлял бегать по комнате, ходить с закрытыми глазами по половице, расспрашивал меня обо всех обстоятельствах моей жизни, очень интересовался моими родителями и родственниками как в восходящей, так и в боковых линиях...». [2]

Другой прославленный клиницист Григорий Антонович Захарьин свой труд ценил высоко, с пациентами вел себя не слишком любезно. Писатель А.В. Амфитеатров так описывал свое впечатление от встречи с Захарьиным в доме «влиятельной московской богачихи»: «Перед приездом Захарьина, точно ждали не благодетеля и целителя, а самого Ивана Васильевича Грозного со всею опричниною. Наслушавшись с детства о захарьинских капризах и причудах, я, в числе прочих, ждал «спектакля». Но великий человек приехал не то уж очень в духе, не то уж очень не в духе; дело в том, что из прославленных своих проказ он на сей раз ни одной не проделал, что говорило за доброе его расположение. Но - по усталому лицу его, угрюмому и презрительному, по взгляду, до оскорбительности небрежному, по враждебной, повелительной сухости обращения с пациенткою, родственниками ее, ассистентом своим и домашним врачом - можно было предположить совершенно обратное. Он казался человеком в состоянии крайнего удручения и нравственного, и физического, чем-то жестоко и безнадежно раздраженного и срывающего свое гневное сердце на каждом встречном. Часов в доме он, вопреки сложившейся легенде, не останавливался, костылем не стучал, крепкими словами не ругался, - он

только презирал за что-то всех вокруг себя: и больную, и лечащих, и родных, с трепетом ждавших его решения; говорил нехотя и таким злым тоном, точно все его несправедливо в чем-то обижают; съел и выпил что-то особенное, заранее, по совету с его ассистентом, для него приготовленное, и при этом выразил благодарность за хозяйскую любезность гримасою самого неподдельного омерзения: угораздило же, мол, вас купить такую гадость, - не могли найти лучше?.. Потом уехал, объявив больную безнадежно. Она, словно назло, взяла да и выздоровела». [3]

Обстоятельства болезни и смерти Н.В. Гоголя описаны в многочисленных мемуарах, письмах современников, но при этом до сегодняшних дней окружены большим количеством легенд и выдумок. Особенно интересны воспоминания А.Т. Тарасенкова. Он был известным медиком, главным врачом Шереметьевской больницы в Москве, занимался психиатрией, имел научные работы в этой области. Его записки даже отдаленно не напоминают сухие записи истории болезни, это размышления человека оказавшегося рядом с известным писателем в последние дни его жизни. В ситуации оказания помощи известным личностям, врачи имеют свои трудности, по словам А.Т. Тарасенкова, медицина не дает правил, как действовать при таких неопределенных явлениях и для такой исключительной личности. Здесь же просматривается еще одна тема - переживание болезни пациента лечащим врачом. [4]

Врач может казаться суровым и неприступным, но это не означает, что он равнодушен к пациенту. Воспоминания хирурга А.Г. Коневского яркий тому пример: «Привезли к нам парня-комбайнера, у которого ногу втянуло до самой верхней области бедра в систему, похожую на мясорубку. Пришлось ампутировать ему голень... Ампутация - очень тяжелая, калечащая операция. Часто она изменяет не только жизнь, профессию, но и всю судьбу пострадавшего человека. Больной испытывает не только тяжелые физические страдания, но получает психическую и моральную травму. ...Не могу говорить за всех хирургов, но я после такой операции не мог спать всю ночь. Мои мозги почему-то прокручивали все, что можно было представить в голове у больного: страх за жизнь, профессию, главное, за всю дальнейшую судьбу. Больной впадает в панику, он все время думает, что теперь он инвалид и никому не нужен. Именно такая глубокая депрессия является причиной самоубийств. В два часа ночи, мучимый бессонницей, я оделся и иду в больницу.

...Ещё работая в районе, я посещал ночью каждого больного после тяжелой операции». [5]

Тема болезни врачей очень важна, когда медики сами серьезно заболевают и попадают в больницу, собственный опыт дает им возможность получить отражение природы болезни и встречи с медперсоналом. Для многих врачей опыт болезни, своей собственной или близких людей, серьезно меняет отношение к профессии, т.к. врачи получают возможность взглянуть на себя со стороны, увидеть себя глазами пациентов. Вот, что пишет А.И. Куприн о А.П. Чехове: «Боролся он с неумолимой болезнью долго, страшно долго, но переносил ее мужественно, просто и терпеливо, без раздражения, без жалоб, почти без слов. За последнее время лишь мимоходом, небрежно упоминает он в письмах о своем здоровье. «Здоровье мое поправилось, хотя все еще хожу с компрессом...», «Только что перенес плеврит, но теперь мне лучше...», «Здоровье мое неважно...пишу понемногу...». ...Знал ли он размеры и значение своей болезни? Я думаю, знал, но бестрепетно, как врач и мудрец, глядел в глаза надвигающейся смерти. Были разные мелкие обстоятельства, указывающие на это». [6]

Воспоминания и дневниковые записи о медицине, о болезни имеются и у пациентов или тех, кто находился рядом с больным человеком. Их значительно меньше и носят они часто фрагментарный характер, в записях о жизни вообще встречаются заметки и о болезнях или медицине. Известно, что супруга Александра I вела записи, и они впоследствии помогли раскрыть тайну по поводу болезни и смерти императора, сохранились описания болезни Петра I и многих других правителей, как в нашей стране, так и за рубежом. Показательны воспоминания П. Жильяра, бывшего наставника цесаревича Алексея Николаевича, они дают возможность всесторонне ознакомиться с малоизвестными страницами жизни царской семьи. Особое внимание П. Жильяр уделяет Алексею, так как считал, что его болезнь господствовала над всем концом царствования императора Николая II. [7] «Воспоминания о царской семье и её жизни до и после революции» Т. Е. Мельник (Боткиной) основаны на воспоминаниях её отца, лейб-медика Николая II Е.В. Боткина. [8] Он был одним из немногих, знавших тайну о неизлечимой болезни наследника, и его дочь показывает всю трагедию семьи императора на протяжении многих лет, надеявшихся и молившихся о выздоровлении Алексея.

Описаний собственных болезней обычными людьми сохранилось немного, т.к. долгое время считалось, что у пациента пассивная роль в болезни, он должен был ждать и терпеть. Кроме того, простые люди часто были неграмотными и никаких записей оставить не могли, их представления оформлены и существуют в большей степени в устной форме. Письменные источники, включая деловую переписку, дают некоторые сведения о существовавших представлениях о медицине в целом и лечении болезней в частности. Т.А. Лаптева, анализируя жизнь провинциального дворянства XVII века, приводит следующие данные: «Провинциальные дворяне неоднократно отправлялись паломниками в монастыри, для того, чтобы помолиться и поклониться святым мощам. Этому придавалось большое значение во время болезней и при исцелении ран. Так, например, в 1642 г. новгородец Никита Чортов просил отпустить его помолиться в Соловецкий монастырь. Он сообщает, что во время Смоленской войны был ранен из пищали и болел 3 года, во время болезни обещал съездить помолиться соловецким чудотворцам. ...В марте 1642 г. новгородец Бежецкой пятины Гордей Дмитриев сын Маврин также просил отпустить его в Соловецкий монастырь для молитвы». [9]

Пример из более поздних времен - XIX века. Екатерина Петровна Квашнина-Самарина, принадлежащая к дворянскому сословию, мимоходом среди прочих дел о ведении хозяйства, погоде сообщает некоторые сведения о медицине и лечении болезней в ее среде: «Наташа сделалась нездорова. Спросить у гофмейстера Пажеского корпуса Клиненберга о докторе, который известен по искусству своему для поправления всех природных или случайных недостатков у детей. Она отмечает, что «привита оспа Николеньке» или целые рецепты: «взять стакан рейнского уксусу, стакан хорошего домашнего вина, полстакана деревянного масла, мыла и камфары величиною см орех, все вместе сболтать, это поможет от ушибу очень хорошо и с кровью от ушибу и без крови от ушибу». [10]

Есть интересные находки относительно других стран и сходных проблем, так, например, Байер исследовала дневники Реверенд Ральф Джозелин, годы его жизни 1616-1683, он изучал болезни и заболевания в своей семье более 40 лет. Байер отмечает, что Ральф Джозелин и его семья были нездоровы или, по крайней мере, чувствовали себя нехорошо большую часть времени вследствие продолжительных простуд и периодических болей, болезней глаз и кожи. Супруга Джозелина, Джейн,

имела 15 беременностей и, по крайней мере, 5 выкидышей. Из 10 выживших детей, 5 умерло раньше своего отца. Дети страдали от глистов, рахита, нарывов, кори и оспы. Сам Ральф страдал от боли, опухоли и язвы левой ноги последние 11 лет, от нагноения ногтя – последние 4 года. В районе, где жили Джозелины, смерть была обычным делом и вполне ожидаемым концом болезни, который считалось, может прийти в любой момент. Таким образом, естественно было думать о смерти для себя или своих любимых практически в любой ситуации. В качестве лекарственных средств семья использовала травы, некоторые из них производились дома, но использовались и не сложные медицинские препараты, которые продавались в аптеках и у врачей. Члены семьи почти никогда не консультировались с врачами и хирургами, а опирались на свои собственные знания и на советы других: друзей, сиделок и врачей, начиная от лечения болезней до принятия родов. Это было обусловлено верой Джозелинов, что воля Господа является самой важной при выздоровлении, они истинно верили, что лучшим средством является молитва, а лучшей профилактикой – безгрешная жизнь. Результат болезни, по их мнению, полностью зависел от божественного вмешательства. Джозелин ужасно боялся эпидемий, таких как чума и оспа, он был убежден, что эпидемии являются наказанием Господа за общий грех и, таким образом, он не мог использовать свое обычное оружие против заболевания: праведное поведение и молитвы. [11]

Имеются записи родственников пациентов. Они, как правило, отражают переживания за страдания больного и трудности ухода за ним, часто связанные с проблемами системы здравоохранения в целом. Вот как описывает одну из ситуаций отец онкологически больного ребенка: «Вспоминаю пустые ночные коридоры Онкоцентра, по которым я бегаю в поисках медсестры отделения, поскольку необходимо срочно снять капельницу у ребенка, иначе воздух войдет в вену. Медсестры нет, видимо, спит, я бегу на другой этаж, в другое отделение и прошу кого-нибудь из тамошних медсестер подняться и сделать необходимую процедуру. Но молоденькие сестры не хотят, они сидят и пьют чай, и говорят, что мой ребенок не из их отделения. После долгих уговоров – одна из них нехотя соглашается пойти, и я усиленно благодарю ее за такое благодеяние». [12]

Тема медицины и болезни обладает особой актуальностью в силу того, что каждый человек является потенциальным пациентом и существует потребность в

выстраивании максимально конструктивных отношений по линии врач-пациент. Анализ дневников и воспоминаний, как врачей, так и пациентов может оказать практическую помощь в этой ситуации. Современная медицина становится все более и более техничной, отдаляет врача и пациента друг от друга. Однако, болезнь активизируют у человека проявление глубинных эмоций, инстинктов, страхов и т.п. И получить успокоения, живого человеческого участия хочется именно от врача. Понять природу человека, переживающего болезнь, помогают многочисленные источники личного происхождения, информация, содержащаяся в них, может быть полезной и должна использоваться как пациентами, так и врачами.

### Примечание

1. Амосов Н.М. Мысли и сердце: Повесть. – М.: «Мол. гвардия», 1976 – 319 с.; Грачев Ф.Ф. Записки военного врача. – Л.: Лениздат, 1970 – 208 с.; Денисов И. На земской службе//Наше наследие 1997 - №42 – С. 58-76; Кованов В.В. Хирургия без чудес: очерки, воспоминания. М.: Сов. Россия, 1981. – 320 с.; Красильникова И.П. Исповедь врача и становление характера. Волгоград: ВМА, 1996.- 252 с.; Коневский А.Г. Припомни всё и оглянись назад. Исповедь доктора. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. – 340 с.; Лаун Б. Дети Гиппократы XXI века: дела сердечные/Бернард Лаун; [пер. с англ. М.Вавиловой]. – М.: Эксмо, 2010. – 288с.; Тарасенков А.Т. Последние дни жизни Н.В. Гоголя.// Гоголь в воспоминаниях современников. Государственное издательство художественной литературы. 1952 – С.511-526; Углов Ф. Сердце хирурга: автобиографическая повесть. – Л.: Дет. лит., 1987. – 270с.; Чиж В.Ф. Болезнь Н.В. Гоголя. Записки психиатра. М., Терра – Книжный клуб, 2009 – 512 с.; Юдин С.С. Из мемуарной повести «Захарьино» и анекдоты о знаменитом московском докторе Захарьине. // Социум. – 1994. - №4-5. –С. 41-50; Юдин С.С. Размышления хирурга. – М.: Медицина, 1968. – 368 с. и мн. др.
2. Русская старина. – 1912. – Т.149. – С.109//Электронный ресурс <http://www.prlib.ru/Lib/pages/item.aspx?itemid=80863>
3. Амфитеатров А. Собр. соч. Т. 35. Свет и сила. СПб.: Просвещение, 1915, - С.134//Электронный ресурс [http://az.lib.ru/a/amfiteatrow\\_a\\_w/](http://az.lib.ru/a/amfiteatrow_a_w/)
4. Тарасенков А.Т. Последние дни жизни Н.В. Гоголя.// Гоголь в воспоминаниях современников. Государственное издательство художественной литературы. 1952. – С.511-526
5. Коневский А.Г. Припомни всё и оглянись назад. Исповедь доктора. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. – С.140-142
6. Куприн А.И. Памяти Чехова// Куприн А.И. Собр. соч. в 5 т. Т.5. М.: Правда, 1982. - С.443
7. Жильяр П. Воспоминания наставника цесаревича Алексея. 1905-1918. М.: Центрполиграф, 2006. – 224 с.
8. Мельник-Боткина Т.Е. Воспоминания о царской семье и её жизни до и после революции. М.: Анкор, 1993. – 206 с.
9. Лаптева Т.А. Повседневная жизнь провинциального дворянства в XVII в.//Российская история.2010 - №4 - С.110
10. Фролова И.В. Образ дворянки Новгородской губернии в первой половине XIX века на примере дневниковых записей Е.П. Квашниной-Самариной.// Воспоминания и дневники как историко-психологический источник: Материалы XXIX Междунар. науч. конф. Санкт-Петербург, 16-17 мая 2011 г./Под ред. д-ра ист. наук, проф. С.Н. Полторака. СПб.: Полторак, 2011. – С. 51-52
11. Lupton D. Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies/ D. Lupton . - London. New Dehli: SAGE Publication, 1994.- С. 123
12. Бобров Н. Сашенька. Последний год.//Человек 1992 - №4 – С.144

### **«Врачи-убийцы»: к истории вопроса**

Словосочетание «врачи-убийцы» шокирует, потому что профессия врача всегда ассоциируется с борьбой за жизнь. Относительно нашей страны это выражение чаще связывается с советским периодом, однако, определение имеет более глубокие исторические корни, касающиеся мировой истории и истории медицины.

В ряде случаев врачи напрямую как убийцы не рассматривались, но причину смерти определяли как результат их профессиональной деятельности или бездеятельности. Законы царя Хаммурапи жестоко карали врача за неудачу, в Древней Индии во время похоронной процессии впереди шел врач, как виновник смерти и т.п. Вольтер, не жаловавший врачей, определил схожую ситуацию следующим образом: «Если мы видим гроб, а за ним врача усопшего, то перед нами картина следствия, предваряющего свою причину». Отношение к врачам в Древней Руси было противоречивым. С одной стороны, приглашенные врачи-иностранцы (своих начали готовить только в XVII веке) имели очень высокую оплату труда, о которой ходили легенды. С другой стороны, неудачи в лечении, особенно высокопоставленных лиц, часто заканчивались расправой с врачом, причем достаточно жестокой.

Недоверие к медицине, врачам явление практически повсеместное, характерное для многих эпох и культур. Поразительно как диаметрально противоположным образом и быстро может меняться отношение к врачебной деятельности и персонально к врачу. В этой подвижности отражается естественная зависимость человека от врача, желание установить с ним доверительные отношения, избавиться от боли или болезни. Но в тоже время, в ситуации взаимодействия врача и пациента срабатывает очень тонкая и зыбкая грань ценностного отношения к здоровью и жизни. В случае врачебной неудачи человек лишается самого ценного и дорогого, что у него есть - здоровья или жизни. Того, что невозможно купить за деньги, невозможно занять или одолжить хотя бы на время. Это вопрос о существовании человека или качестве его жизни. Отсюда такой необыкновенный накал страстей, сущностно и эмоционально окрашенные оценки. Врач, имеющий отношение к высшим тайнам человеческого организма в сознании большинства пациентов почти бог или, по крайней мере, священник. Он свят, он не может быть мздоимцем, вымогателем, нечестным или недобросовестным человеком. В противном случае и отношение к нему будет резко противоположным, насколько может быть противоположным определение святости. Когда поступки врача резко контрастируют с ожидаемым идеальным образом, они чаще остаются в памяти как крайне негативные воспоминания.

Кроме того, вековое объяснение природы болезни волей духов, богов, любых сверх естественных сил прочно укоренилось в мировоззрении многих людей. Недоверие к медицине, даже скрытое, при малейшей ошибке, появлении какой-либо необъяснимой ситуации выливалось в негативное отношение к медицине в целом и врачам в частности. Необходимо еще раз обратить внимание на факт молодости научной медицины, ее часто определяют как нетрадиционную медицину, у нее нет традиции, в том числе традиции доверия со стороны большинства населения. От доверия и надежды к ненависти и физической расправе, в этом случае оказывается очень короткая дистанция.

Резко полярные, причем быстроменяющиеся оценки деятельности врачей – это ничто иное, как еще одно предупреждение о необходимости четко и выверено проводить врачебные манипуляции, не допускать ошибок, чтобы не заслужить определения «врачи-убийцы». Вероятно, возможное определение «врач-убийца» должно дисциплинировать и служить своеобразным напоминанием о необходимости профессионального и грамотного выполнения своего долга. Обвинение в убийстве человека самое страшное обвинение. Балансируя между оказанием помощи и возможностью нанести действия со смертельным исходом, врач должен быть максимально осторожным. Таким образом, можно сказать, общество, хоть порой и жестоко, призывает врача быть максимально ответственным.

К чему это приводит - мы можем пронаблюдать на примере разных стран и разных времен. Вот ситуация из истории холерных бунтов России XIX века: «во время холерной эпидемии распространялись слухи, что холеры в городе нет, а народ травят медики и начальство... Самой простой и удобной ... оказалась версия с отравлением, согласно которой хлеб, вода и даже сама Нева отравлена врачами, поляками и даже врачами-поляками. [1] Г.И. Попов в своем фундаментальном исследовании «Русская народно-бытовая медицина», впервые изданном в 1903 году, приводит интересные факты, касающиеся вредительской деятельности врачей: «И теперь еще, хотя и редко, - пишет нам сотрудник из Жиздринского уезда (Калуж. губ.), - приходится слышать, что лечиться у докторов и ложиться в больницы не следует, потому что лекарства их составляют из человеческого жира и, для добывания его, попавших в больницу доктора нарочно морят. Иногда являются чуть

ли даже не свидетели, представляющие неопровержимые и совершенно убедительные доказательства этого.

- Что же вы не отправили мать в больницу-то? – спрашивают в одном случае дочь умершей больной.

- Да разве ж такую-то, как мать, можно в больницу отправлять? Ведь это на верную смерть.

- Почему же это на верную смерть?

-А потому что она, мать-то, покойница, была женщина сырая да жирнящая. Ведь они, дохтура-то, сморили бы ее ради жира.

- Как ради жира? Зачем?

-А затем, что ведь мази-то свои они из человеческого жира делают: вот как попадетсЯ им жирный кто, они его и уморят, а там жир из него на помады вытопят.

- Пожалуй, по-вашему, все ихние порошки и капли тоже из жиров понаделаны?

- Конечно же, из жиров. Порошки из человеческих костей толкут и перетирают, а капли из крови наводят да на желчи. Уж это нам доподлинно известно. А што они вам того не говорят, так, вестимо, господ опасаются.

- А вам они это говорят?

- Знамо дело, и нам не говорят, только думают, что мы темный народ, ничего не смекнем, и не опасаются с нами. Вот наш сусед пошел как-то в город, к дохтуру, от поясницы полечиться, глядь, а у того в комнате-то шкелет человечесий стоит. Дядя Митяй бает: «Не запомню, как из той горницы выскочил». Ну, коли б не толкли на порошки эти самые кости, пошто ж бы шкелету-то стоять?». [2]

Есть сведения и о других леденящих воображение рассказах и физических расправах с врачами: «Вечером с одного из низовых пароходов сошло несколько оборванцев – «горчишников», которые стали рассказывать, что в Астрахани и Саратове народ уже бунтует: «Бьет докторов, фельдшеров, полицию и властей, сжигает больницы, вырывает из рук и спасает от смерти заколоченных в гробы и засыпанных известью людей». Рассказы эти еще более усилили брожение.

- Надо ножами запастись, и как только кто из докторов коснется, тому и нож в бок, - слышалось уже тогда в начинавших собираться толпах.

В одном месте сошедший с парохода татарин уверял, что он лично участвовал при разгроме в Саратове холерных бараков и находил в гробах засыпанных известкой

людей. Другой рассказчик передавал, как он в Саратове, пьяный, возвращался на постоянный двор и как его схватили и привезли в больницу. «Пока везли дорогой, с меня куда и хмель сошел, хотел было вырваться, но два архаровца крепко держали меня за руки, попробовал было кричать, так мне живо рот заткнули. Привезли в больницу, начал я было сопротивляться, куда тут: еще с десятков подручных подскочило, живо раздели меня и бросили в ванну. Сразу у меня разум помутился, и что со мной было – не помню. Только когда очнулся и открыл глаза, вижу: лежу в гробу, засыпан известкой, а кругом совсем тихо. Тут же, кроме меня, еще лежало много народу в гробах: в мертвецкой, должно, догадался я, хоронить, значит, собираются нас. Сел в гробу, оглядываюсь, как бы мне убежать, думаю? Вдруг вижу, из гроба еще приподнимается человек, глядит на меня и спрашивает: живой ли я? Жив, говорю. Стали мы советоваться, как нам быть: если сейчас бежать – поймают, не жди тогда пощады. Видим, вечереет, решились спасаться, когда совсем темно станет. А в сарае то и дело то в одном, то в другом месте слышим стоны в гробах, и новые гробы все подносят и подносят. А мы, как только заслышим шаги, так сейчас же и притворимся мертвыми. Дождались, стемнело. Вот мы, тихонько марш из сарая. Вышли, озираемся, на наше счастье, никого не видно. Недалеко видим, огород, мы туда, да ползком по канаве, и выбрались на свет Божий. Бежим прямо к нашим, знаем где они собрались. Вбежали, знать, все в известке, рассказали, каким чудом спаслись. Все живым манером пустились собирать народ, а уж через час валом валили в барак на освобождение. Уж и потешились наши душеньки! Первым делом, начали с докторов – человек двадцать их там было. Уже и живучие, скажу я вам, братцы, эти люди: ты егохватишь ножом в бок, кровища так и свищет, а он хоть бы что, стоит себе, да и шабаш. В другого таким же манером палили из пистолета – все равно, не берет, спасибо, кто-то догадался хватить его задней осью по голове – ну, и капут! Вторым делом, отправились освобождать больных: видимо-невидимо повытаскивали их на волю. Потом бросили в сарай, открыли гробы, глядим: люди засыпаны известкой, и многие из них живы и еще дышат. Стали выносить и этих, очнулись, плачут, чуть-чуть языком ворочают, а некоторых рвет. Освободивши всех, запалили мы потом мы больницу да которых докторов-то так живьем и спалили. А уж потом пошли громить докторов и по Саратову. Уж и потешились мы, всех перебили. Задали мы им холеру да показали, как христианские душеньки англичанке продавать: теперь

в Саратове ни одного доктора живого не осталось живого. Жалеючи, православные, и предупреждаю вас в этом, - заключил рассказчик свое повествование, - смотрите, не давайте в руки: власти, все начальство и доктора подкуплены англичанкой вас морить, англичанка-то, вишь, хочет завладеть всем нашим царством. Не причащайтесь и у попов – они тоже подкуплены, один только архиерей не пошел на подкуп, и его хотели уморить, сидел он уже в казематке, да мы его освободили.

Слова рассказчика подействовали на толпу ошеломляющим образом. Все поверили в истину рассказа и стали советовать, что делать? «И нас уже продали, - заголосил народ, - строят бараки, заготовили гробы, нарыли могил, закупили известки и крючьев, чтобы таскать народ». – А все Молчанов... смерть ему! Смерть изменникам!» - уже тогда раздавались отдельные голоса. Народ толпами ходил по улицам, и возбуждение все возрастало. Нелепые толки дошли до апогея под влиянием рассказа пастуха Салынова, уверявшего всех, что он собственными глазами видел, как Молчанов, голова и поверенный ходили за городом и пускали в родники мешочки с мором, от которого будто бы стали околевать коровы, напившись из этого родника воды. – До поздней ночи шумел народ, издавая крики: «Сжечь барак, убить Молчанова (врач), убить голову». [3]

Такие бунты против врачей происходили и раньше, в Москве во время эпидемии чумы XVIII века: «... стали усиливаться волнения среди московской черни. Видя бессилие врачей и чиновников, народ отказывался исполнять предписанные ими санитарные меры. ...Озлобление против врачей стало проявляться в виде отдельных вспышек ненависти. В Лефортово толпа напала на доктора Шафонского во время осмотра больных, обвиняя его в их отравлении и, возможно, убила бы его, если бы гвардейский офицер Волоцкий не пришел ему на помощь». [4]

XX век дал еще несколько историй «врачей-убийц» как реальных, так и воображаемых. До сегодняшних дней как случаи ужасающей жестокости против человечества приводят примеры медицинских опытов нацистских врачей и их отношения к больным. Нарушение профессиональной этики и гуманистических норм медицины сформировали резко негативное отношение к этим фактам, сделав их оценку нарицательной. Никакие благие прикрытия борьбы с болезнями, поиска крайне необходимых лекарственных средств не могут оправдать подобные действия представителей медицинского сообщества.

Фашистские врачи рассматривали концентрационные лагеря как места, где удобно проводить эксперименты – при наличии огромного человеческого «экспериментального материала». Был проведен ряд опытов на людях с различными инфекционными болезнями. Экспериментальная медицина приводила к страданию, боли и смерти людей, поэтому заключенные старались не попасть в лазареты, там они рисковали стать жертвами смертоносных экспериментов и медицинских испытаний. Только после окончания Второй мировой войны суд над нацистскими преступниками разоблачил деятельность фашистских врачей. [5]

Одним из обвинений, предъявленных нацистским докторам, было то, что они работали без информированного согласия участвовавших в эксперименте. Нюрнбергский трибунал предложил первые формальные рекомендации, направленные на защиту прав пациентов. Этические рекомендации, предложенные в Нюрнберге, стали прототипом современного принципа «информированного согласия». Трибунал также постановил, что добровольное согласие человека должно быть обязательным условием для участия в эксперименте или лечении. Позже эти рекомендации повлияли на разработку Хельсинской декларации 1961 года и последующих законодательных актов в этой области. [6]

Собственно только концлагерями фашистские врачи не ограничивались: «В 1934 году вступил в силу закон о предотвращении наследственных заболеваний. Он предусматривал насильственную стерилизацию людей, страдающих слабоумием, шизофренией, эпилепсией, наследственной слепотой или глухотой, тяжелыми формами алкоголизма или имеющих телесные уродства. Медики в богадельнях, приютах и неврологических клиниках добровольно содействовали этому, прекрасно зная, что ожидает их пациентов». [7]

Второе обстоятельство. Врачей часто используют в различных политических ситуациях, пользуясь тем, что обладание медицинскими знаниями узкопрофессиональные, их трудно проверить, но легко использовать на практике. В нашей стране так называемое «дело врачей» имело выраженный политический подтекст. Понятие «дело врачей» принято связывать с 1953 годом, временем «позднего сталинизма». На самом деле таких «дел» было три, все они нанесли огромный урон развитию медицинской науки и здравоохранению.

В 1929 году на Украине был «раскрыт» первый заговор, появилось первое «дело врачей». На скамье подсудимых оказалось 45 человек, пятеро из них были врачами. (А.Г. Черняховский, руководитель медицинской секции украинской Академии наук, А.А. Барбар, В.В. Удовенко, В.Я. Подгаецкий, Н.А. Кудрицкий). Каждый из них был известным ученым-медиком, видным специалистом в своей области: гистологии, эмбриологии, экспериментальной гигиене и др. Представители теоретических специальностей, они лечением больных не занимались, но это не помешало выдвинуть против них обвинение в «медицинском терроре». Они, якобы обсуждали вопрос о том, как относиться к больным-коммунистами и пришли к выводу, что эта категория больных жалости и врачебной этики не заслуживает. Советские газеты распространяли информацию о «черных кабинетах» врачей-убийц, будоражили настроения обывателей. Вымышленный приговор почти 60 лет тяготел над именами ни в чем неповинных врачей. Жизнь всех пятерых закончилась трагически, они были приговорены к большим срокам, а в конце этих сроков расстреляны под разными предлогами.

В 1938 году возникло новое «дело врачей» в Москве. На этот раз врачей Л.Г. Левина, Д.Д. Плетнева и И.Н. Казакова обвиняли уже в покушении на жизнь первых лиц в государстве. Среди пациентов доктора Казакова был и сам И.В. Сталин. Эти врачи оказались «строптивыми» и ранее отказывались подписывать ложные акты о смерти Н. Аллилуевой и С. Орджоникидзе. Теперь им предъявляли чудовищные по своей нелепости обвинения, подписанные их коллегами-медиками. Со всех концов страны шли «письма», «резолюции» и «заявления» съездов врачей и просто трудящихся, в которых требовалась смертная казнь этих врачей.

После окончания Великой Отечественной войны, в тяжелых условиях послевоенного времени, тоталитарный режим вновь усилил необоснованные репрессии, и создал обстановку недоверия, подозрительности и страха. Основные события разыгрались в Лечсанупре Кремля, которое обслуживало руководство страны. Работа в системе Лечсанупра была особой привилегией. Высшей кастой там считались врачи-консультанты. Нескольких врачей Лечсанупра называли не только «убийцами», «вредителями», но и «агентами иностранных разведок». 13 января 1953 года во всех советских газетах было опубликовано сообщение ТАСС под заголовком «Арест группы врачей-вредителей». Обвинения были следующие: неправильно

диагностировали, лечили и умертвили А.А. Жданова; старались подорвать здоровье советских военных кадров маршалов Василевского А.М., Говорова Л.А, Конева И.С. и др.; являлись наемными агентами иностранных разведок; недобросовестно лечили руководителей зарубежных компартий и т. п.

Новое дело врачей не только выросло количественно, но и изменилось качественно. Все обвиняемые под пытками давали нужные для властей показания. В результате у рядового обывателя появился страх перед белыми халатами, распространялись слухи о случаях смерти после визита или посещения врача. Известных ученых исключали из академий и институтов, лишали званий, приостанавливали исследования, избавлялись от неугодных сотрудников. Началась новая волна антисемитизма, люди отказывались посещать врачей-евреев, требовали их увольнения. Среди арестованных были видные ученые в самых разных областях: психиатр М.Я Серейский, патологоанатомы Я.Л. Рапопорт и А.Н. Федоров, биохимик Б.И. Збарский, хирург А.А. Бусалов и мн. др.

Реакция мирового общественного мнения и руководителей зарубежных государств на «дело врачей» была весьма активной. Президент США Д. Эйзенхауэр заявил, что американским разведывательным органам не известны даже имена этих «американских шпионов». Подобным же было и заявление У. Черчилля.

Смерть Сталина прервала продолжавшиеся аресты по «делу врачей». Провокации против медицинской интеллигенции и медицинской науки нанесли вред не только науке и практике, но всему делу охраны здоровья. Эти события широко отражены в художественной литературе и кинематографе. [8]

«Дело врачей» 1953 года, карательная медицина советского периода, имеется в виду использование, например, средств психиатрии для борьбы с диссидентами. Что следующее? И есть ли гарантии, что врачей, их профессиональные знания не будут использовать в политических целях в будущем? Однозначного ответа нет и тому подтверждение недавнее дело Сергея Магнитского, где еще до окончания следствия, прозвучали обвинения в адрес тюремных врачей, их халатности, неоказании необходимой медицинской помощи. (см. <http://top.rbc.ru/society/12/08/2011/610298.shtml>)

Часто проблемы всей системы организации здравоохранения дают возможность определить работу врачей как преднамеренное убийство. Неслучайно во время

идеологического противостояния двух сверхдержав США и СССР Би-би-си в одном из выпусков новостей передало сообщение следующего содержания: «Сегодня в 9 часов утра в провинциальном городе от невежества врачей скончалась дочь Марины Цветаевой Ариадна Сергеевна Эфрон». [9] Детальное описание ситуации госпитализации, работы скорой помощи, поиск лекарств и т.п., к сожалению, дают много оснований для такого заключения.

Современная ситуация в обществе и достижения медицины дают возможность использования человеческого организма в качестве донора по многим направлениям от стволовых клеток до пересадки органов. Отсюда прогнозируемые спекуляции и факты нарушения закона со стороны медицинских работников и незамедлительные оценки со стороны непрофессионалов и прессы, например: «Дело врачей из больницы № 20 г. Москвы, которому некоторые СМИ (может быть и поспешно) присвоили название «дело врачей-потрошителей». [10]

Собственно «печатное» слово не дает забыть о печальных историях врачей-убийц, даже если они таковыми не являлись или не являются. Не так давно опубликованная работа Й. Цитглау «Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их горе-врачей» пестрит этими напоминаниями, начиная от названия самой книги до содержания. Например: «Пилюли от несварения от фюрера: Гитлер и его убийцы-врачи», в других названиях словосочетание «врачи-убийцы» не встречаются, но из контекста понятно, что в принципе именно эта роль врача и имеется в виду: «Между симфонией и тяжелым металлом: как Бетховен был отравлен собственным врачом», «У доктора Ника все под контролем: Элвис умирает под градом медикаментов». [11] И это только в одной книге, вернее в ее названии и оглавлении.

Не вдаваясь в подробности медицинских и юридических нюансов, конечно, необходимо признать, что профессиональная деятельность врачей одна из самых сложных и ответственных. Огромное количество болезней-мутантов, атипичных течений заболеваний осложняет работу врача и увеличивает риск врачебной ошибки, результат которой может быть самым плачевным – смерть пациента и обвинением врача в убийстве. И все же, если каждому из нас вспомнить врачей, с которыми приходилось встречаться в течение жизни нам самим, нашим родственникам,

близким людям. Каких врачей будет больше добрых, внимательных, отзывчивых или грубых, непрофессиональных? Уверены, что первых.

### Примечание

1. Барабанова К.С. Дневники и воспоминания как источник по истории холерных бунтов в Петербурге 1831 г.//Воспоминания и дневники как историко-психологический источник: Материалы XXIX Междунар. науч. конф. Санкт-Петербург, 16-17 мая 2011 г./Под ред. д-ра ист. наук, проф. С.Н. Полтарака. СПб.: Полторак, 2011. – С. 48-49
2. Попов Г.И. Русская народно-бытовая медицина. – Рязань: Александрия, 2010. – С. 136-137
3. Там же. С. 165-167
4. Супотницкий М.В., Супотницкая Н.С. Очерки истории чумы: В 2-х кн. Кн.1: Чума добактериологического периода/М.В. Супотницкий, Н.С. Супотницкая. – М.: Вузовская книга, 2006. – С. 245
5. Вайндлинг П. Тиф, паразиты и поиски вакцины в годы Второй мировой войны.//Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины/под общ. Ред. Ю. Шлюмбама, М. Хагнера, И. Сироткиной; [отв. ред. И. Сироткина; пер. с англ. и нем. К.А. Левинсона]. – СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге; Алетейя, 2008. – С.267, 278
6. Янгсон Р., Счотт Я. Медицинские ошибки, заблуждения и преступления. Москва, Санкт-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс «Издательский дом «Азбука», 2009. – С.304-305
7. Циттлау Й. Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их горе-врачей. – СПб.: Питер, 2010. – С. 125-126
8. Мирский М.Б. Медицина России X-XX веков: Очерки истории. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2005. – С. 410-459
9. Эфрон А. «А жизнь идет как Енисей...». Туруханская ссылка: из писем, стихов, рассказов, записей /Ариадна Эфрон. Рядом с Алей. Воспоминания/ Ада Федерольф; [сост. С.С. Виленский, М.М. Уразова]- М.: Возвращение, 2010. – С. 318-319
10. Рыбин В.А. Эвтаназия. Медицина. Культура: Философские основания современного социокультурного кризиса в медико-антропологическом аспекте. – Челябинск: Челяб. гос. ун-т., 2006. – С. 14-15
11. Циттлау Й. Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их горе-врачей. – СПб.: Питер, 2010. – 224 с.

## Юмор в медицине

Тем, кто сталкивается с медициной, как правило, бывает не до смеха и, тем не менее, такое явление как медицинский юмор существует. Этот своеобразный культурный блок можно разделить на две части: юмор врачей и юмор пациентов. Юмор врачей относится к категории профессионального юмора, который основан на необычных или парадоксальных аспектах научных теорий и деятельности. Часто такой юмор может быть неадекватно воспринят и оценен людьми, не имеющими достаточных познаний в соответствующей области. Научный юмор распространен в различных областях науки, подтверждением чего служит факт существования так называемой Шнобелевской премии.

Сложная и эмоционально напряженная трудовая деятельность медицинских работников способствует рассмотрению некоторых ситуаций через призму юмора и смеховой культуры, таким образом, облегчая ее восприятие. Это своеобразная попытка уравновесить медицинские трагедии смехом. В медицинской практике часто случаются неординарные, эмоционально напряженные ситуации, нередко нужно снять негативное перевозбуждение, как у больного, так и у врачей. Поэтому умение пошутить в напряженный момент является частью профессионализма врача.

Юмор врачей представлен достаточно широко, он нашел отражение, прежде всего, в художественной литературе (особенно в произведениях врачей-писателей) и изобразительном искусстве. Юмористические и сатирические сюжеты можно найти у В.В. Вересаева в повести «Без дороги», где автор красочно описывает употребление карболки не по назначению. Показательны былички о больных в рассказе «Тьма египетская» М.Булгакова из «Записок юного врача». Дань этой теме отдал Конан Дойль в «Письмах Старка Монро» и В. Аксенов в «Коллегах», красочно описывая лечение от алкоголизма кучера Филимона. И, конечно, классическим примером может служить творчество А. Чехова, где огромное количество основных и второстепенных сюжетов посвящено как городским докторам, так и сельским эскулапам.

Отдельной страницей этой темы является творчество самих врачей, причем публикации (книги, статьи и т.п.), касающиеся медицинского юмора, как правило, не имеют конкретного авторства. Они представляют собой сборники, обозначенные только составителем, что подчеркивает, прежде всего, коллективное творчество в этой сфере. [1]

Автор сборника «Яшины афонаризмы» Яков Ефимович Бабушкин - врач-невролог, доцент кафедры неврологии Волгоградского государственного медицинского университета, бессменный лидер юмористической рубрики газеты «За медицинские кадры» составил уникальную коллекцию медицинского юмора. Вот несколько примеров, с которыми, как говорится, не поспоришь:

- «Лечение – свет. Правильное – этот. Неправильное – тот»;
- «В человеке все должно быть прекрасно: и лицо, и давление, и СОЭ, и гемоглобин»;
- «Слух прошел, скоро и зрение пройдет»;
- «Век живи, век лечись». [2]

Своеобразную «прививку» юмором врачи часто получают уже в студенческие годы. Г. И. Горин - писатель, автор многочисленных пьес и сценариев к фильмам, после окончания 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова несколько лет работал врачом «Скорой помощи», так вспоминает время своего студенчества: «Заканчивая школу, я уже твердо решил, что стану писателем. Поэтому поступил в медицинский институт. Это было особое высшее учебное заведение, где учили не только наукам, но премудростям жизни. Причем, делали это, по возможности, весело. Вспоминаю, например, нашего заведующего кафедрой акушерства, профессора Жмакина, который ставил на экзаменах студентам примерно такие задачи: «Представьте, коллега, вы дежурите в приемном отделении. Привезли женщину. Восемь месяцев беременности. Начались схватки... Воды отошли... Свет погас... Акушерка побежала за монтером... Давление падает... Сестра-хозяйка потеряла ключи от процедурной... Заведующего вызвали в райком на совещание... Вы – главный! Что будете делать, коллега? Включаем секундомер... Думайте! Все! Женщина умерла! Вы – в тюрьме! Освободитесь – приходите на переэкзаменовку!...» Тогда нам это казалось иезуитством. Потом на практике убедились, что наша жизнь может ставить задачки и потрудней, и если медик не сохранит в любой ситуации чувство юмора, то погубит и пациента, и себя...». [3]

Стихотворение студентки ВолгГМУ Александры Долговой «Любовь хронического типа» является примером уже практически состоявшейся профессиональной социализации и профессиональный юмор, пронизывающий это произведение, подтверждает первое положение. [4]

### Любовь хронического типа

Больна тобой. В моей ты крОви,  
Что вызвало синдром любви.  
Ты словно сепсис поражаешь  
Все части тела и души.  
Внедрился будто антиген,  
Моя иммунная система  
Не создала защитных стен,  
Не выработав антитело.  
И ты, та самая болезнь,  
Любовь хронического типа.  
Я лихорадить рада ей,  
Держась температуры пика.  
Я счастлива болеть тобой,  
И в эйфорию погружаться,  
Ведь ты устроил ГЭБ-пробой.  
Мозг стал тебе лишь подчиняться.  
А знаешь, ты всегда со мной,  
Ты циркулируешь в сосудах.  
А память мне твердит одно,  
Я чувство это не забуду.  
А ты Amor Empureum,  
Подобных тебе нет  
И я не отпущу тебя.  
В теченье долгих лет.  
Аморемии ты причина.  
Незаменим стал в ОЦК  
До заключительного вдоха,  
До неизбежного конца.

---

\* ГЭБ – гемато-энцефалический барьер

Amor Empureum от латинского – «чистая любовь»

ОЦК – объем циркулирующей крови

аморемия – любовь в крови

В арсенале медицинского юмора много анекдотов, которые за смешной оболочкой имеют глубокий смысл осознания в зависимости от состояния здоровья ценности жизни в целом, связи со многими сферами жизни, жизненными планами и т.д. т.п. Например: «Врач знакомится с результатами анализов пациента.

Пациент:

- Ну как, доктор?

- Можете взять кредит.

- Так отдавать нечем!

- А Вам и не придется.»

Или:

«На симпозиуме американский врач спросил российского коллегу:

- Бывает ли у вас, что лечите вы от одной болезни, а посмертное вскрытие показывает совсем другую?

- Нет, конечно. У нас от чего лечат, от того и умирают.»

Сюда же можно отнести скороговорки: «Хиროманты и хирурги характеризуют хвори рахитов хрупкостью хрящей и хроническим хромосомным харакири», огромное число пословиц, поговорок, афоризмов и просто шуток: «Бесплатной бывает медицина, но не лечение», «Склероз нельзя вылечить, но о нем можно забыть», «Хирург - вооруженный терапевт», «Гинеколог стоматологу: «Это тебе не в зубах ковырять...», «Официальный сайт стоматологической поликлиники – [www.zubov.net](http://www.zubov.net)» и мн. др.

Однако иногда медицинские работники в специфических шутках могут перейти грань, пошутить в мало подходящих ситуациях и это может осложнить взаимоотношения с людьми. В критических ситуациях граница между добрым и злым юмором очень зыбкая, в некоторых случаях подобные действия могут быть оценены как кощунство или святотатство. Этот этический аспект должен по возможности учитываться медицинскими работниками.

Уравновешение сложной жизненной ситуации или трагедии смехом распространено в повседневной культуре непрофессионалов. Юмор пациентов значительно компактней, хотя количественно эта группа намного больше, следует учитывать, что к ней можно отнести и врачей, они тоже болеют. Юмор пациентов чаще отличается грустным подтекстом, но посмеяться над прошлыми собственными страхами, подбодрить других пациентов всегда поощрялось. По большому счету эту группу юмора можно условно разделить на шутки пациентов над ними самими и шутки пациентов над врачами. В ряде случаев позиция пациента по отношению к медицине и врачам просматривается достаточно прозрачно: «В анкете, которую я

заполняла перед операцией, был вопрос: кому позвонить в случае крайней необходимости? Я написала: более квалифицированному хирургу...», «Успехи медицины налицо: от многих болезней люди не умирают, а только мучаются», «Дороже здоровья только лечение», «Врачи не в силах продлить жизнь, но они могут растянуть болезни», «Здоровье - это просто незнание своих болезней», «Это ж как нужно ненавидеть людей, чтобы стать дантистом», «Чем больше врачей посещаешь, тем больше болезней они находят», «Соль, медики и сахар - белая смерть» и др.

Ироничное отношение к медицине и врачам явление достаточно устойчивое, почти традиционное и для современной культуры в том числе. В.В. Вересаев в своем произведении «Записки врача» отмечал: «В обществе к медицине и врачам распространено сильное недоверие. Врачи издавна служат излюбленным предметом карикатур, эпиграмм и анекдотов. Здоровые люди говорят о медицине и врачах с усмешкою, больные, которым медицина не помогла, говорят о ней с яркой ненавистью». [5] Интересно, что практически схожее отношение в тот период было в России к священникам, профессиональной группе, курирующей события жизни и смерти и в какой-то мере конкурирующей с врачами.

Сегодня с помощью средств массовой информации и особенно Интернета юмористическое творчество пациентов и врачей активно развивается, используются различные средства фотографии, разнообразные коллажи, видео и мн. др., однако при этом излюбленным жанром остается карикатура.

Слово «карикатура» происходит от итальянского *caricatura* (нагружать, преувеличивать), является способом художественного выражения и подчеркивания негативных сторон жизненных явлений, черт и поступков людей. В широком смысле слова под карикатурой понимают любое изображение, где сознательно создается комический эффект, соединяются реальное и фантастическое, преувеличиваются и заостряются характерные черты фигуры, лица, костюма, манеры поведения людей, изменяются соотношения их с окружающей средой, используются неожиданные сопоставления и уподобления. В более узком смысле карикатура – это особый жанр изобразительного искусства (как правило, графики, гораздо реже используются средства живописи и скульптуры), являющийся основной формой изобразительной сатиры, направленной на критику, разоблачение, осмеяние каких-либо социальных, общественно-политических и бытовых явлений.

Находясь в первых рядах просвещенных людей своего времени, художники посредством карикатуры пытались бороться с разного рода предрассудками. Очень показательны в этом плане развенчание хирургов-шарлатанов, использовавших легкое доверие людей, стремившихся излечить от «глупости» посредством удаления из черепной коробки некоего материального субстрата – «камня глупости». Несмотря на то, что подобная деятельность была запрещена, а хирургов-шарлатанов часто подвергали самым жестоким наказаниям, они продолжали выполнять подобные операции, так как благодаря суевериям людей пользовались большим спросом. Страсть наживы оказалась сильнее страха наказания. Поэтому оставалось только одно средство – убедить людей в бессмысленности подобных оперативных вмешательств с помощью создания определенных художественных образов. В эпоху Возрождения жанр сатиры приобретает большую значимость. В этот период формируются основные направления критики хирургов: непрофессионализм, бездушие, стяжательство и т.п., сохранившие свою значимость до настоящего времени.

Совершенно точно отмечено, что интерес к карикатуре возрастает в период революционных преобразований в обществе. Для хирургов таким революционным преобразованием стало становление анатомии как науки. Анатомические исследования, вышедшие из-под контроля церкви стали модными в обществе. Вскрытия становились публичными, для этого возводились специальные павильоны (анатомические театры), приглашались почетные гости, художники и музыканты. При этом публика в ряде случаев забывала, что находящийся перед ней «объект исследования или любопытства» тоже когда-то был живым человеком со своими горестями и радостями. Все это привлекало внимание художников-карикатуристов, выставлявших анатомические исследования как олицетворение жестокости. Способы лечения и инструменты хирургов часто сравнивались с методиками анатомического исследования, а грубые хирурги – с анатомами. Вторым революционным преобразованием для хирургии стало внедрение наркоза. Борьба с болью приобретала в руках хирургов причудливые и в ряде случаев уродливые формы: удар деревянным молотком по голове или прием ошеломляющего количества алкоголя. И все же боль была побеждена. Дань этому отдали и художники-карикатуристы. Исследование новых химических средств в конце XVIII начале XIX веков проводились в так

называемых институтах газа, где испытания, порой не совсем безопасные, проводились и на врачах и на окружающих. Известно, что закись азота использовался для различных целей, как «веселящий газ». Все эти сюжеты активно использовали художники. Третьим важным шагом явилось открытие асептики и антисептики, что также стало предметом и объектом карикатуры. Основные карикатурные изображения посвящены способам, используемым в лечебном процессе, по ним можно проследить эволюцию хирургических методов со всеми их несовершенствами и недостатками и, конечно, отношение общества ко всем этим нововведениям. [6]

Карикатуры касались деятельности врачей многих специальностей. Больше же всего их посвящено стоматологам. Очевидно, это было связано с тем, что эта категория врачей чаще всего осуществляла свою деятельность публично, оперируя на городских площадях, базарах и ярмарках. Основным методом лечения зубов являлось их удаление, при этом достаточно часто под «горячую руку» удалялись и здоровые зубы. Именно среди дантистов встречалось большое количество шарлатанов, которые высмеивались художниками-карикатуристами в разных странах Европы и Америки. К середине XIX века многие карикатуры, в основном для многотиражных печатных изданий, стали сопровождаться остроумными текстами, что во многом повысило их привлекательность.

У карикатуры есть разновидность – шарж. Это сатирическое или добродушно-юмористическое изображение, в котором при соблюдении внешнего сходства изменены и выделены наиболее характерные черты модели. На шаржах могут быть изображены люди, животные и различные предметы. Хотя шаржи и принято часто сравнивать с карикатурами, они в отличие от неё, не высмеивают недостатки героя. Шаржи добродушны, заставляют людей улыбаться. Таков дружеский шарж художников Кукрыниксов, посвященный выдающемуся хирургу С.С. Юдину, в котором нетрудно заметить те черты, которые и хотели подчеркнуть авторы.

В заключении приведем слова А.С. Пушкина: «Куда не достягает меч законов, туда достанет бич сатиры», они вполне могут быть применены к сфере медицины. Однако, хотелось бы, чтобы медицина и здравоохранение имели как можно меньше недостатков и проблем, достойных внимания художников-карикатуристов и

недобрых анекдотов, а в ней бы было больше тем для дружеских шаржей и хороших шуток.

### **Примечание**

1. Горобец Б.С. Медики шутят, пока молчит сирена./Авт. – сост. Б.С. Горобец. М.: ЛЕНАНД; 2012. – 208 с.; Медики шутят. М. «Книга плюс», 2011 – 319 с.; Яшины афонаризмы: Сб. юмористических высказываний, пословиц, поговорок./Сост. Я.Х. Бабушкин – Волгоград, 2009. – 371 с. и др.
2. Яшины афонаризмы: Сб. юмористических высказываний, пословиц, поговорок./Сост. Я.Х. Бабушкин – Волгоград, 2009. – С.34-37
3. Каган-Пономарев М.Я. Литераторы-врачи: Очерки и подходы с приложением Библиографического словаря. М.: «Дашков и К». – 2007. - С. 280
4. Долгова А. Любовь хронического типа.//За медицинские кадры. Май 2014 - №6 (2993) - С. 31
5. Вересаев В.В. Записки врача. Собр. соч. в 4 т. Т. 1, 1985.- С. 326
6. Воробьев А.А., Петрова И.А. Карикатура в хирургии. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ. – 160 с.

## **Медицинские музеи как часть историко-культурного наследия медицины**

Медицинские музеи, особая категория культурно-просветительских учреждений, которые Российская музейная энциклопедия определяет следующим образом: «профильная группа музеев, документирующих развитие медицины и здравоохранения. Медицинские музеи нацелены на разработку, на основе анализа

исторического опыта и современного состояния, приоритетных направлений в развитии медицины, научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию здравоохранения, а также на воспитание чувств милосердия и гуманизма». [1] Таким образом, медицинские музеи выполняют важные для общества функции, они объединяют и обеспечивают не только связь времен, но и совершенствуют практическую медицину. [2]

Медицинские музеи имеют свою историю и являются одними из основополагающих компонентов мира медицины. Тот факт, что слово «музей» (в переводе с греческого языка – храм муз) используется в медицинском контексте, еще раз свидетельствует о творческом характере медицины. История медицинских музеев в мировой практике начинается в XVI веке, когда анатомические музеи стали обязательными при медицинских факультетах университетов. В России их история связана с деятельностью Петра I и созданием коллекции Петербургской кунсткамеры, для которой Петр I купил экспонаты анатомического музея известного голландского врача и анатома Ф. Рюйша. Туда же были переданы коллекции Аптекарской канцелярии и препараты «уродцев», собранные по всей России по указу императора.

В XIX веке профессор Московского университета Е.О. Мухин создал анатомический музей, в Петербургской медико-хирургической академии музей анатомических препаратов был создан при деятельном участии П.А. Загорского, И.В. Буяльского, Н.И. Пирогова. С развитием общественной медицины связано возникновение научно-просветительских медицинских музеев, аналогичных современным. Одним из первых был Музей Русского общества охранения народного здоровья, открытый в 1877 году. Большое значение как для открытия этого, так и для последующих музеев имели всероссийские и международные выставки в сфере здравоохранения (земская медицина, гигиена, санитарная техника и т.п.), в том числе передвижные. Первый в России Музей истории медицины был открыт в 1899 году по инициативе профессора Л.З. Мороховца при Физиологическом институте Московского университета, просуществовал до 1918 года. Следующий музей такого масштаба был открыт только в 1957 году в Риге - Музей истории медицины им. П.И. Страдыня. В его основе коллекция, собранная ученым в разных странах мира.

На рубеже XIX-XX веков начали работу Музей гигиены и санитарной техники в Москве, Музей по борьбе с пьянством в Нижнем Новгороде, Музей

здравоохранения в Петрограде, Государственный музей социальной гигиены Наркомздрава РСФСР в Москве. В 1920-30-х годах медицинские музеи имели большое значение для формирования здорового образа жизни населения, культуры и быта, они открывались во многих городах. В 1934 году в Москве был открыт Музей охраны материнства и младенчества. В 40-х годах XX века появились музеи военной медицины и первые мемориальные музеи, посвященные выдающимся деятелям медицины И.М. Сеченову, И.П. Павлову и др. Во второй половине XX века большое внимание уделялось открытию общемедицинских музеев. В 1991 году был создан НИЦ «Медицинский музей», куда входили Медицинский музей Российской академии медицинских наук, Российский центр милосердия и издательство «Медицина и милосердие».

В настоящее время создана широкая сеть корпоративных медицинских музеев (при учебных заведениях, факультетах, кафедрах, медицинских учреждениях, больницах, аптеках и т.п.), их количество неуклонно растет, подтверждая значимость этого направления для современной медицины и формирования профессиональной культуры.

Обратимся к наиболее известным медицинским музеям нашей страны и города Волгограда.

### **Медицинский музей Российской академии наук**

Создан в 1986 году как Центральный музей медицины, в 1991 году преобразован в Научно-исследовательский центр «Медицинский музей». Музей располагается в Странноприимном доме графа Н.П. Шереметева. Это бывший приют для обездоленных, престарелых и увечных и одновременно памятник вдохновительнице создания дома - супруге графа, талантливой крепостной актрисе П.И. Ковалевой-Жемчуговой-Шереметевой.

Здание музея является памятником архитектуры, образцом русского классицизма конца XVIII – начала XIX века, имеет форму полу подковы, обращенной к Сухаревской площади. В центре возвышается купол домово́й церкви Живоначальной Троицы, главный вход оформлен в виде открытой колоннады-полуротонды. Первоначальный проект дома выполнен талантливым русским зодчим Е. Назаровым, после смерти П.И. Жемчуговой-Шереметевой работу продолжил архитектор, скульптор и художник Дж. Кваренги. На строительстве и отделке

трудились также талантливые крепостные – П.И. Аргунов, А.Ф. Миронов, Е.Г. Дикушин и др.

Непосредственным предшественником нынешнего музея в стенах Странноприимного дома стал музей, созданный вскоре после войны работавшим здесь всемирно известным хирургом С.С. Юдиным. Ныне существующий музей – уникальное комплексное научно-исследовательское учреждение в области истории медицины, а также милосердия и благотворительности в отечественной медицине.

Фонды музея, хранящие медицинские раритеты, насчитывают более 100 тысяч единиц. Среди них коллекции редкой медицинской литературы русских и европейских авторов (включая личные библиотеки академиков В.В. Парина, Е.М. Тареева, С.С. Юдина и др.; труды итальянских врачей Д. Морганьи, Б. Рамаццини, русских лекарей Н. Максимовича-Амбодика, М. Шеина др.); медицинского инструментария и оборудования XVIII – XIX вв.; документальный и кино-, фото- и фонофонды с автографами и фотопортретами выдающихся деятелей отечественной медицины, фонограммами выступлений ученых-медиков, кинофиксацией медицинских экспериментов; фонд изобразительных материалов, включающих портреты деятелей медицины, уникальную коллекцию медалей медицинской тематики и т.д.

В залах музея развернуты следующие постоянные музейные экспозиции: «Шереметевский Странноприимный дом; «Медицина и милосердие на войне» (военная медицина и сестры милосердия); «Медицинский плакат»; «Медицинская техника»; «История рентгеновской трубки»; «Медицина и космос»; «Научный и учебно-методический центр радиационной медицины».

Отдельные экспозиции посвящены различным отраслям практической медицины (терапия, хирургия, травматология и ортопедия, офтальмология, онкология, медицинская радиология, акушерство и др.), а также истории становления и развития Российской академии медицинских наук. Помимо этого в музее созданы мемориальные комнаты-кабинеты, посвященные выдающимся врачам-ученым: С.П. Боткину, С.С. Юдину, А.Д. Сперанскому, П.К. Анохину, Г.А. Илизарову, В.В. Парину др.

**Музей истории медицины Первого Московского государственного университета  
им. И.М. Сеченова**

Музей истории медицины создан в августе 1990 года по инициативе заведующего кафедрой истории медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова академика РАМН А. М. Сточика. Первая экспозиция Музея была открыта на втором этаже бывшего здания ректората в декабре 1990 года.

В 2004 году Ученым советом Университета было принято решение о передаче под Музей бывшего здания ректората – одного из красивейших зданий Клинического городка, построенного в 1896 году по проекту архитекторов И.П. Залесского и К.М. Быковского. До революции здесь находилась Общеклиническая амбулатория имени В.А. Алексеевой. Основателем и первым директором амбулатории был заслуженный ординарный профессор В.Д. Шервинский – один из основоположников российской эндокринологии. Занятия со студентами проходили в аудитории на втором этаже, прием пациентов вели на первом. В амбулатории также находились водолечебница, электрокардиографический кабинет и собственная аптека.

В 1958 году перед зданием был установлен памятник основоположнику российской физиологии И. М. Сеченову (автор - Л.Е. Кербель). Сегодня этот уникальный историко-архитектурный ансамбль - Музей истории медицины и памятник И. М. Сеченову на Большой Пироговской улице - символ Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова.

Музей посвящен истории медицинского факультета Московского университета (1758-1930 гг.), 1-го Московского медицинского института (1930-1990 гг.) и Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова (с 1990 г.). Основой фондовых коллекций стали исторические материалы, сохранившиеся в клиниках и на кафедрах академии - старейшего высшего медицинского учебного заведения России. В составе фондов: архивы известных врачей-клиницистов и ученых, научные труды, редкие медицинские печатные издания XVI - XX вв., портреты ученых, исполненные знаменитыми российскими художниками, уникальные коллекции медицинских инструментов, приборов, наглядных пособий, медицинских знаков, медалей.

В Музей были переданы и реликвии, находившиеся в клиниках, учебных подразделениях Университета, семейных архивах преподавателей и врачей. Это личные архивы, библиотеки, мебель, фотографии известных врачей-клиницистов и ученых, редкие западно-европейские и российские медицинские учебные пособия и руководства, анатомические атласы XVI-XX вв., печатные издания XVI-XX вв.,

коллекция диссертаций по различным отраслям медицинской науки, медицинская периодическая печать XIX-XX вв., альбомы выпускников медицинского факультета Императорского Московского университета, 1-го Московского медицинского института и Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и мн. др. Особую ценность имеют мемориальные фонды выдающихся ученых и врачей: И.М. Сеченова, С.С. Корсакова, В.П. Сербского, П.И. Карузина, В.Д. Шервинского, М.Н. Шатерникова, Л.С. Минора, М.П. Кончаловского, С.И. Спасокукоцкого, В.А. Барыкина, Н.Н. Приорова, Е.М. Тареева, А.И. Абрикосова, В.В. Кованова, А.Л. Мясникова и др.

В собрании Музея истории медицины Первого МГМУ имени И.М. Сеченова хранится уникальная коллекция (свыше 2000 единиц хранения) подлинных медицинских инструментов конца XVIII-XX вв., относящихся к различным областям медицины.

Гордостью коллекции являются мемориальные диагностические инструменты терапевта Г.А. Захарьина, педиатра В.И. Молчанова, невропатологов Г.И. Россолимо и Л.С. Минора, инструментарий конструкции хирургов П.И. Пирогова, Ц. Лангенбека и П.И. Дьяконова, оториноларингологические инструменты С.Ф. фон Штейна, тонометр А.Н. Маклакова, офтальмоскоп С.С. Головина. В Музей для экспонирования передано сохранившееся оборудование знаменитого в конце XIX века акустического кабинета Клиники болезней уха, горла и носа имени Ю.И. Базановой, бюро Ф.Ф. Эрисмана, кресло и лабораторные приборы И.М. Сеченова, кресло Г.А. Захарьина, коллекция мебели из поликлиники ЦЕКУБУ (Центральной комиссии по улучшению быта ученых).

Портретная галерея Музея включает подлинные живописные, графические и скульптурные портреты выдающихся деятелей отечественной медицины, исполненные знаменитыми художниками и скульпторами: И.П. Витали, Р.Р. Бахом, А.С. Голубкиной, С.М. Волнухиным, В.Е. Маковским, В.Н. Пчелиным, В.Д. Королевым.

Интересна и многопланова коллекция памятных и юбилейных медалей, хранящихся в фондах Музея, позволяющая хронологически и тематически воссоздать все самые значимые события и даты в истории становления отечественной медицины

и представить галерею портретов выдающихся российских и зарубежных естествоиспытателей, врачей, ученых, морфологов и клиницистов.

Сегодня собрание Музея насчитывает порядка семидесяти тысяч (70 000) единиц хранения, среди которых сохранившиеся в единственном экземпляре памятники мировой и отечественной науки и культуры, книги, автографы, письма и рукописи корифеев отечественной медицины.

### **Музей Российского общества Красного Креста**

Музей открыт при Исполнительном комитете Российского общества Красного Креста (РОКК) в 1979 году и находится на первом этаже четырехэтажного здания типовой школы, которое занимает теперь РОКК. Обширная экспозиция музея посвящена истории становления, развития и современного состояния краснокрестного движения. Идеи сострадания, милосердия и гуманизма, получившие реальное воплощение в деятельности отечественного Красного Креста, отражены в редких и уникальных документах и экспонатах. Экспозиции музея рассказывают о нелегком пути, пройденном вместе со всей страной по дорогам гражданской и Отечественной войн, о его роли в развитии общества в мирное время. Одновременно можно ознакомиться с единственной в своем роде коллекцией значков, медалей и сувениров, преподнесенных в дар Российскому Красному Кресту.

Экспозиция музея занимает восемь залов, оформленных в виде санитарных палаток. В первом зале, посвященном дореволюционной деятельности общества, представлены материалы Н.И. Пирогова, с чьей деятельностью связано зарождение краснокрестных идей в нашей стране. Значительная часть материалов рассказывает о труде более двухсот сестер милосердия, прибывших в осажденный Севастополь в 1854 году во время Крымской войны (1853-1856 гг.).

В следующих залах освещаются темы «Женевской конференции об улучшении участи раненных и больных в действующих армиях» (1864), деятельности Ю.П. Вревской, М.И. Беспаловой, а также видных деятелей краснокрестного движения З.П. Соловьева, Н.А. Семашко, А.Н. Винокурова, В.М. Бонч-Бруевича, Т.А. Фортунатовой и др.

Залы 3 и 4 посвящены участию Союза обществ в борьбе с социальными болезнями, в охране материнства и младенчества.

В залах 6 и 7 представлена современная деятельность Союза обществ Красного Креста.

С разнообразными формами и методами работы первичных организаций обществ Красного Креста в учебных заведениях знакомят экспонаты и красочно оформленная витрина с изданиями Исполкома РОКК.

Кроме того, крупными и заслуживающими внимания медицинскими музеями Москвы являются:

- Музей Московского медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова;
- Музей нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко;
- Музей психиатрической больницы №1 им. Н.А. Алексеева;
- Музей сердечно-сосудистой хирургии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева и мн. др.

Город Санкт-Петербург в рассматриваемом контексте известен, прежде всего, своим Музеем медицины России и военно-медицинской службы.

### **Музей медицины России и военно-медицинской службы**

Музей расположен в историческом центре Санкт-Петербурга на территории Семеновской слободы в зданиях бывшего лейб-гвардии Семеновского полка и Семеновско-Александровского госпиталя. Здание госпиталя (одного из лучших лечебных учреждений XIX века) построено в 1799 году архитектором Ф.И. Демерцовым и перестроено специально для музея в 1944-1945 гг.

Военно-медицинский музей - преемник медицинских музеев Российской империи и Советского Союза, хранитель исторических традиций российской медицины и военно-медицинской службы. Музей по богатству фондов является одним из крупнейших в мире. Архив музея содержит более 60 млн. единиц хранения. В залах музея представлены подлинные архивные документы, редкие фотографии, книги, произведения живописи и скульптуры, наборы медицинских инструментов и госпитальной утвари, модели и макеты. Экспозиция отражает во всем многообразии историю развития российской медицины с древнейших времен до наших дней.

На базе музея работают Санкт-Петербургское научное общество историков медицины и Санкт-Петербургская секция военной истории Академии военных наук

Российской Федерации. Музей является членом Российского комитета Международного совета музеев, Международной ассоциации музеев Вооруженных сил и военной истории, Российского комитета Международного совета музеев, Ассоциации музеев истории медицины Европы и Международного межакадемического союза и др.

Основные экскурсии: «История медицины России (с древнейших времен до наших дней)»; «Военно-медицинский музей - хранитель и продолжатель традиций медицинских музеев Санкт-Петербурга и России»; «У истоков российской медицины»; «Российская военная медицина в XX веке»; «Николай Иванович Пирогов - гений российской медицины»; «Развитие российской медицины в начале XX века»; «Сестры милосердия («Под знаком Красного Креста»)»; «Тайна старинной гравюры».

В городе Волгограде есть несколько музеев, посвященных специально медицине.

### **Музей истории гигиены и здравоохранения Волгоградской области**

В 1905 году на средства купца-миллионера К.В.Воронина в Царицыне была построена городская больница, именованная Александровской. Она занимала площадь свыше 3 га и располагалась на территории нынешней областной клинической больницы № 1. Сегодня здесь находится и музей, который наиболее полно отражает вехи становления и развития теоретической и практической медицины, системы здравоохранения в нашей области.

Экспозиция музея начинается с момента основания Царицына, рассказывает о примитивных методах борьбы с болезнями и народной медицине. Значительное внимание уделено земской медицине, нелегкой доле врачей, которые, желая оказать помощь простому народу, часто оказывались жертвами непросвещенности и враждебного отношения. В документах, фотографиях, коллекциях музея увековечен подвиг медиков в борьбе с холерой, тифом, чумой и многими другими болезнями.

Отдельная экспозиция посвящена вкладу медицины и медицинских работников в победу под Сталинградом. Врачи, медицинские сестры, санитары в годы войны, действительно, являлись солдатами в белых халатах в нелегкое для страны время.

Уделено в музее внимание и дню сегодняшнему, в частности, истории научных школ региона, выдающимся представителям современной медицины. [3]

## **Музей истории Волгоградского государственного медицинского университета**

Музей истории ВолгГМУ впервые был открыт в 1981 году, новая экспозиция представлена 2011 году. Она отражает основные вехи истории крупнейшего в регионе вуза, учебную, научную и клиническую деятельность факультетов и кафедр, расширение материально-технической базы, участие коллектива в общественной жизни, вклад в развитие отечественного здравоохранения и подготовку кадров для нашего государства и других стран мира. Экспозиция включает пять основных разделов: становление Сталинградского медицинского института в 1935-1941 гг., Сталинградский медицинский институт в годы Великой Отечественной войны; восстановление института в 1943-1960 гг.; развитие Волгоградского государственного медицинского института в 1960-1980-е гг.; Волгоградская медицинская академия – Волгоградский государственный медицинский университет в 1993-2011 гг.

Гордостью музея являются персональные коллекции выдающихся медиков, педагогов, участников Великой Отечественной войны, создававших вуз, среди которых профессора З.И. Вольфсон, Э.И. Иоффе, И.О. Нарбутович, М.К. Родионов, И.А. Сутин. О вкладе в Победу рассказывают материалы выпускников 1941 г. Г.Р. Финна, В.А. Хрипункова, письма с фронта выпускника 1942 г. военврача В.Г. Якимова, погибшего в 1944 г. Отдельные витрины посвящены работе эвакогоспиталей, где трудились хирурги С.Л. Тыдман, А.И. Баландина, Г.С. Топровер, В.С. Юров, Н.П. Григоренко и др. Здесь можно увидеть инструменты из набора медицинского оборудования, переданного в дар клиникам Сталинградского медицинститута английским правительством во время посещения К. Черчилль Сталинграда в 1945 г.

О деятельности выдающихся ученых-медиков рассказывают мемориальные коллекции д.м.н., профессора, Заслуженного деятеля науки РСФСР, заведующего кафедрой нормальной анатомии в 1935-1973 гг. С.Н. Касаткина; его ученика д.м.н., почетного профессора ВолгГМУ В.Я. Липченко; д.м.н., профессора, зав. кафедрой микробиологии Г.Р. Финна и др.

В экспозиции отражена деятельность научных кружков, в одном из них начиналось формирование как ученого ректора ВолгГМУ Петрова В.И., первого из

выпускников вуза академика РАМН, д.м.н., профессора, крупнейшего фармаколога. Под его руководством вуз стал академией, затем университетом. [4]

Медицинские музеи широко представлены во многих странах мира, они являются часть историко-культурного наследия медицины. [5]

### **Примечание**

1. Российская музейная энциклопедия: в 2 т. – М.: Прогресс, «РИПОЛ КЛАССИК», 2001. – 416 с.: илл., Т. 1. – С. 353
2. Киценко О.С., Чернышева И.В. Медицинские музеи: у истоков профессии. // За медицинские кадры. Май 2014. - №6 (2993) - С. 28
3. Путеводитель по музею гигиены и истории здравоохранения Волгоградской области. Составители А.Ф. Воробьев, Н.И. Ежов. Волгоград: Волгоградский отдел здравоохранения и Волгоградский областной центр здоровья. 1991. – 79 с.
4. Петрова И.А., Комиссарова Е.В., Медведева Л.М. Музей Волгоградского государственного медицинского университета. Буклет. Волгоград, Изд-во ВолГМУ, 2011. – 6 с.
5. Гид по медицинским музеям Евразии. М.: ООО «Печатный дом «Магистраль». 2014. – 188 с.

## **Заключение**

Осмысление медицины в культурно-философских категориях пространства, времени, бытия, сознания создает образ медицины не просто как системы научных знаний и практической деятельности, а значительной по своим масштабам сферы, связанной с многочисленными социальными и культурными практиками, пронизывающими среду бытования человека.

Медицина выступает средством практического преобразования человеческой жизни. Она обладает выраженными ценностными отношениями, которые наглядно проявляются в сфере культуры. Сегодня многие социальные явления рассматриваются с точки зрения пользы/риска, с точки зрения медицины, которая становится главным аргументом в споре.

Медицина универсальный феномен, касающийся практически каждого человека и сопровождающий его с самых ранних этапов истории общества. Она имеет всеобъемлющий характер и в этом уникальность медицины как феномена современной жизни.

## Литература

- Аксенов В.А. Российская наномедицина: как выдать ситро за шампанское.//Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. 2009 - №2. - С.38-39
- Амосов Н.М. Мысли и сердце: Повесть. – М.: «Мол. гвардия», 1976. – 319 с.
- Амфитеатров А. Собр. соч. Т. 35. Свет и сила. СПб.: Просвещение, 1915. - С.134//Электронный ресурс [http://az.lib.ru/a/amfiteatrow\\_a\\_w/](http://az.lib.ru/a/amfiteatrow_a_w/)
- Андриянова Е.А. Современная медицина: социально-профессиональные основания науки и практики. – Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 2005. – 204 с.
- Барабанова К.С. Дневники и воспоминания как источник по истории холерных бунтов в Петербурге 1831 г.//Воспоминания и дневники как историко-психологический источник: Материалы XXIX Междунар. науч. конф. Санкт-Петербург, 16-17 мая 2011 г./Под ред. д-ра ист. наук, проф. С.Н. Полтарака. СПб.: Полторак, 2011. – С. 46-49
- Бахтин М.М. Творчество Франсуа Рабле и народная культура средневековья и Ренессанса. М., «Художественная литература, 1990. – 237 с.
- Бобров Н. Сашенька. Последний год.//Человек. 1992. - №4 – С.139-158
- Богданов К.А. Врачи, пациенты, читатели: Патографические тексты русской культуры XVII-XIX веков/К.А. Богданов.- М.: ОГИ, 2005. – 504 с.
- Большой энциклопедический словарь. – 2-изд., перераб. и доп. – М.: Большая Российская энциклопедия, 1998. – 1456 с.
- Бударин Г.Ю., Петров А.В., Седова Н.Н. Медицинские нормы и юридические законы: Монография. М.: ООО Издательская группа «Юрист», 2012. – 324 с.
- Вайндлинг П. Тиф, паразиты и поиски вакцины в годы Второй мировой войны.//Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины/под общ. Ред. Ю. Шлюмбома, М. Хагнера, И. Сироткиной; [отв. ред. И. Сироткина; пер. с англ. и нем. К.А. Левинсона]. – СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге; Алетейя, 2008. – С.254-271
- Вересаев В.В. Записки врача. Собр. соч. в 4 т. Т. 1, 1985.- С. 210-401
- Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.Н. Медицина и общество, врач и пациент в XXI веке.//Российский медицинский журнал. 2003 - №6 – С. 9-12
- Воробьев А.А., Петрова И.А. Карикатура в хирургии. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. – 160 с.
- Воробьев А.А., Петрова И.А. Хирургия в изобразительном искусстве. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 368 с.: 407 ил.
- Воробьев А.А., Петрова И.А., Туманов В.П. Неизвестный Вишневский//Вопросы реконструктивной и пластической хирургии, 2006. - № 2 - С. 46-49
- Гид по медицинским музеям Евразии. М.: ООО «Печатный дом «Магистраль». 2014. – 188 с.
- Гиппократ. Избранные книги/ Пер. с греч. В.И. Руднева; Ред., вступ. статья и примеч. В.П. Карпова. – М.: Сварог, 1994. – 736 с.

- Глязер Г. Драматическая медицина. Опыты врачей на себе. Пер. с нем. Изд. 2-е. – М.: Едиториал УРСС, 2013. – 215 с.
- Горобец Б.С. Медики шутят, пока молчит сирена./Авт. – сост. Б.С. Горобец. М.: ЛЕНАНД; 2012. – 208 с.
- Грачев Ф.Ф. Записки военного врача. – Л.: Лениздат, 1970 – 208 с.
- Грибанов Э.Д. Медицина в символах и эмблемах. М.: Медицина, 1990. – 206 с.
- Грицак Е.Н. Популярная история медицины. М.: Вече, 2003 – 316 с.
- Денисов И. На земской службе//Наше наследие 1997 - №42 – С. 58-76
- Долгова А. Любовь хронического типа.//За медицинские кадры. Май 2014 - №6 (2993). - С. 31
- Долгая Т. А. Концепт слухов в русской культуре//Основное высшее и дополнительное образование: проблемы дидактики и лингвистики. Волгоград, 2000. Вып. 1. - С. 95-100
- Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. – М.: Издательство «Академия Естествознания», 2009. – 300 с.
- Дубин Б.В. Речь, слух, рассказ: трансформации устного в современной культуре.//Электронный ресурс <http://ec-dejavu.ru/r/Rumour.html>
- Дубин Б.В., Толстых В.А. Слухи как феномен обыденной жизни.//Философские исследования. 1993. - №2. - С. 136-181
- Жильяр П. Воспоминания наставника цесаревича Алексея. 1905-1918. М.: Центрполиграф, 2006. – 224 с.
- Загорулько М.М., Петрова И.А. Новая книга по истории военной медицины России.//Военно-медицинский журнал, 2008, Т. 329. - № 6. - С. 93
- Ерегина Н.Т. Высшая медицинская школа России, 1917-1953. Ярославль: ИПК «Индиго», 2010. – 640 с.
- История медицины. Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. – М.: Медицина, 1981 – 352 с.
- История фармации: Учебное пособие для студентов фармацевтических вузов. – Самара: ГП «Перспектива»; СамГМУ, 2002. – 320 с.
- Каган-Пономарев М.Я. Литераторы-врачи: Очерки и подходы с приложением Библиографического словаря. М.: «Дашков и К». – 2007.- 438 с.
- Кагитина И.В. Профессиональная социализация студентов медицинских вузов. Автореф. дис. на соис. уч. ст. канд. социал. наук. Волгоград. – 2008. – 28 с.
- Кесаева Р.Э., Рейтер К.А. Взаимодействие семьи и медицины как социальных институтов: монография/Р.Э. Кесаева. К.А. Рейтер. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2006. - 180 с.
- Кириленко Е.И. Медицина как феномен культуры: опыт гуманитарного исследования. Автореф. диссер. на соиск. уч. ст.д. филос. н., Томск, 2009 – 43 с.
- Кирюхина Т.В. Роль самообразования в профессиональном совершенствовании врача. Автореф. дис. на соис. уч. ст. канд. мед. наук. Волгоград. – 2009. – 26 с.

- Киценко О.С., Чернышева И.В. Медицинские музеи: у истоков профессии.//За медицинские кадры. Май 2014. - №6 (2993) - С. 28
- Ковалева М.Д. Женщины в медицине: Монография. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2004. – 216 с.
- Ковалева М.Д., Кузнецов А.В. Доверие врачам: позиция СМИ и позиция пациентов. //Биоэтика, 2009. – № 2 (4). - С. 45-48
- Кованов В.В. Хирургия без чудес: очерки, воспоминания. М.: Сов. Россия, 1981. – 320 с.
- Ковелина Т. А. Образ врача в культуре. Автореф. дис. на соиск. уч.ст. докт. филос. н. Ростов-на-Дону, 2006 – 41с.
- Коневский А.Г. Припомни всё и оглянись назад. Исповедь доктора. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. – 340 с.
- Конюс Э.М. Истоки русской педиатрии. Наркомздрав СССР Государственное издательство медицинской литературы «Медгиз», 1946, Москва, Золотые страницы медицины, Библиотека классики медицинской литературы, 2007. – 350 с.
- Корниец Н.И. О формировании медицинской культуры//Гуманитарное образование и медицина: Сб. науч. трудов. – Т. 60, Вып. 1 – Волгоград, 2003. – С. 321-325
- Красильникова И.П. Исповедь врача и становление характера. Волгоград: ВМА, 1996.- 252 с.
- Краткая летопись мировой и отечественной хирургии: учебное пособие/ А.А. Полянцев, Р.В. Мягонький. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013. – 288 с.
- Лаптева Т.А. Повседневная жизнь провинциального дворянства в XVII в.//Российская история.2010 - №4 - С.107-118
- Куприн А.И. Памяти Чехова// Куприн А.И. Собр. соч. в 5 т. Т.5. М.: Правда, 1982. - С.415-445
- Лаун Б. Дети Гиппократы XXI века: дела сердечные/Бернард Лаун; [пер. с англ. М.Вавиловой]. – М.: Эксмо, 2010. – 288 с.
- Лисицын Ю.П., Сахно А.В. Здоровье человека – социальная ценность. – М.: Мысль, 1989. – 270 с.
- Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. – М.: Издательство БЕК, 1995. – 272 с.
- Мандриков В.Б., Каминская И.А., Тюренков И.Н.Непрерывное образование в системе последиplomного усовершенствования специалистов фармации.//Alma mater (Вестник высшей школы), 2011. - № 1. - С. 49-53
- Малюков А. В. Страхование профессиональной ответственности врачей как форма социальной защиты. Автореф. дис. на соиск. уч. ст. к. м. н., Волгоград, 2009 - 24с.
- Медведева Л.М. Болезнь в культуре и культура болезни: Монография. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013. – 252 с.
- Медведева Л.М. Образовательный потенциал истории медицины: оптимизация дисциплинарных связей.//
- Интеграция образования, 2013. - № 2. - С. 22-27
- Медведева Л.М., Черемушников И.К. Болезнь: анализ культурного феномена в гуманитарном контексте.//Философия социальных коммуникаций, 2013. - № 3 (24). - С. 110-118.

- Медведева Л.М. Визуализация болезни: история и современность.// Культурная жизнь Юга России. 2012. - № 2 (45). - С. 16-18
- Медведева Л.М., Резуненко Т.А. Метафора в медицине.// Вестник Волгоградского государственного архитектурно-строительного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2007. - № 9. - С. 192-195.
- Медики шутят. М. «Книга плюс», 2011 – 319 с.
- Медицинские и фармацевтические вузы России.//М.: Международный объединенный биографический центр, 2013. – 479 с.
- Мельник-Боткина Т.Е. Воспоминания о царской семье и её жизни до и после революции. М.: Анкор, 1993. – 206 с.
- Мирский М.Б. Медицина России X-XX веков: Очерки истории. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2005. – 632 с.
- Михель Д.В. Болезнь и всемирная история: учеб. пособ. для студентов и аспирантов – Саратов: Научная книга, 2009. – 196 с.
- Мицкевич С.И. Записки врача-общественника (1888-1918). М.: «Медицина», 1969 – 239с.
- Монтень М. Опыты в 3-х книгах. Кн. М.: «Терра», 1991. – 676 с.
- Мудров М.Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных/Избранные произведения. – М., 1949. – 296 с.
- Общая хирургия: учебник/Под ред. проф. Н.А. Кузнецова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.- 896 с.
- Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений/Российская академия наук. Институт русского языка им. В.В. Виноградова. – 4-е изд., дополненное. М.: Азбуковник, 1997. – 944 с.
- Очерки истории. Юбилейное издание// Под ред. академика РАМН Петрова В.И. Волгоград, 2005. – 230 с.
- Пальцев М.А., Денисов И.Н., Чекнев Б.М. Высшая медицинская школа в России и Болонский процесс. – М.: «Издательский дом «Русский врач», 2005. – 340 с.
- Петров А.В., Галкова О.В. Традиции и инновации в сохранении российского культурного наследия.//Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки, 2012. - № 3. - С. 153-157
- Петров А.В., Седова Н.Н. Концепция прав человека в медицине Волгоград, 2007. Том 2. – 144 с.
- Петров А.В., Киценко О.С. Земское законодательство и проблемы земско-общественной медицины в России второй половины XIX - начала XX вв.//Вестник Волгоградского государственного медицинского университета, 2014. - № 1 (49). - С. 54-57
- Петров А.В., Поплавский А.Э. Концепция прав человека в медицинском образовании.// Гуманитарное образование и медицина. Сборник науч. трудов, т.60, вып. 1. – В-д: «Издатель», 2003, – С. 271-282

- Петров А.В. Права медицинских работников в современной культуре. /Гуманитарное образование и медицина: сб. научных трудов.– Т.62, вып.3. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. – С.214-220.
- Петрова И.А., Кибасова Г.П. Влияние идей Просвещения на становление научной медицины в России. // История в подробностях, 2013. - №9(39). - С. 46-51
- Петрова И.А., Комиссарова Е.В., Медведева Л.М. Музей Волгоградского государственного медицинского университета. Буклет. Волгоград, Изд-во ВолГМУ, 2011. – 6 с.
- Платон. Государство. Соч. в 3 т. Т.3 Ч. 1 – М.: Мысль, 1971. - С. 91- 454
- Попов Г.И. Русская народно-бытовая медицина. – Рязань: Александрия, 2010. – 472 с.
- Портер Р. Взгляд пациента. История медицины «снизу»//Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины/под общ. Ред. Ю. Шлюмбама, М. Хагнера, И. Сироткиной; [отв. ред. И. Сироткина; пер. с англ. и нем. К.А. Левинсона]. – СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге; Алетейя, 2008. - С. 234-256
- Путеводитель по музею гигиены и истории здравоохранения Волгоградской области. Составители А.Ф. Воробьев, Н.И. Ежов. Волгоград: Волгоградский отдел здравоохранения и Волгоградский областной центр здоровья. 1991. – 79 с.
- Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
- Российская музейная энциклопедия: в 2 т. – М.: Прогресс, «РИПОЛ КЛАССИК», Т. 1, 2001. – 416 с.
- Россия в мировой цивилизации. Хрестоматия. Москва-Волгоград, 2003. – 224 с.
- Русская старина. 1912. – Т.149. – С.109//Электронный ресурс <http://www.prlib.ru/Lib/pages/item.aspx?itemid=80863>
- Рыбин В.А. Эвтаназия. Медицина. Культура: Философские основания современного социокультурного кризиса в медико-антропологическом аспекте. – Челябинск: Челяб. гос. ун-т., 2006. – 391 с.
- Рябушкин Н.В., Царегородцев Г.И. Наказание ли Божье? Медицина и религия. М.: Политиздат, 1988. – 319 с.
- Сабанов В.И., Грибина Л.Н. Лекции по истории мировой медицины: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. – Волгоград: Комитет по печати, 1996. – 112 с.
- Седова Н.Н. Философия медицины. Курс лекций для аспирантов и соискателей ученых степеней по медицинским специальностям. – Волгоград: ВолГМУ, 2009. – 240 с.
- Седова Н.Н. Биоэтика: курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов/Н.Н.Седова.- Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2007. – 204 с.
- Седова Н.Н., Сергеева Н.В. Биоэтика в пространстве культуры: монография. – М.: Триумф, 2010. – 336 с.
- Семашко Н.А. Избранные произведения. – М.: Гос. изд. мед. лит., 1954. – 346 с.
- Семенцов М.В. Состав народных медицинских знаний кубанских казаков в XIX – начале XX веков.//Фольклорно-этнографические исследования этнических культур Краснодарского края.

- Краснодар: Краевой научно-методический центр народного творчества, отдел традиционных национальных культур, 1995. - С.5-36
- Семенцов В.М. Народные медицинские знания в традиционном календаре кубанских казаков.//Фольклорно-этнографические исследования этнических культур Краснодарского края. Краснодар: Краевой научно-методический центр народного творчества, отдел традиционных национальных культур, 1995. - С. 37- 46
- Скворцов В.Я. Социально-философский анализ взаимодействия медицины и искусства. Автореф. дис. на соиск. уч. ст. д. филос.н., Волгоград, 1998. – 41с.
- Смелзер Н. Социология. – М.: Феникс, 1994. – 688 с.
- Соломатин М.М. Динамика нормативной регуляции в отечественной стоматологии. Автореф. дис. на соиск. уч. ст. к. м. н., Волгоград, 2013 – 27 с.
- Сорокин П. Человек. Цивилизация. Общество. М., «Политиздат», 1992. – 543 с.
- Сорокина Т.С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений/Т.С. Сорокина. – 9-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – 560 с.
- Социально-философские аспекты наномедицины: перспективы, проблемы, риски. Круглый стол.//Философские науки. 2009 - №9 – С.3-21
- Супотницкий М.В., Супотницкая Н.С. Очерки истории чумы: В 2-х кн. Кн.1: Чума добактериологического периода/М.В. Супотницкий, Н.С. Супотницкая. – М.: Вузовская книга, 2006. – 468 с.
- Тарасенков А.Т. Последние дни жизни Н.В. Гоголя.// Гоголь в воспоминаниях современников. Государственное издательство художественной литературы. 1952. – С.511-526
- Ткач Е.П. Соотношение корпоративных, юридических и этических регуляторов качества оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг: автореф. дис. канд. мед. наук/Е.П. Ткач. - Волгоград. – 2006. – 25 с.
- Углов Ф. Сердце хирурга: автобиографическая повесть. – Л.: Дет. лит., 1987. – 270 с.
- Уоллер Д. Правда и ложь в истории великих открытий/Джон Уоллер: пер. с англ. К. Лукьяненко. М.: КоЛибри. Азбука-Аттикус, 2011.- 416 с.
- Фомина Т.К. Отношение к проблеме врачебной ошибки средств массовой информации.//Биоэтика, 2008. - № 1. - С. 39-41
- Фомина Т.К.Иностранные студенты в медицинском вузе России: интериоризация профессиональных ценностей: автореф. дис. ... д. социол. наук. Волгоград, 2004. – 48 с.
- Фролова И.В. Образ дворянки Новгородской губернии в первой половине XIX века на примере дневниковых записей Е.П. Квашниной-Самариной.// Воспоминания и дневники как историко-психологический источник: Материалы XXIX Междунар. науч. конф. Санкт-Петербург, 16-17 мая 2011 г./Под ред. д-ра ист. наук, проф. С.Н. Полтарака. СПб.: Полторака, 2011. – С. 49-54
- Фуко М.Рождение клиники. М.: Смысл. 1998. – 310 с.
- Хрусталева Ю.М. Философия. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.- 604 с.

- Черкасова А. Е. Взаимодействие медицины и религии (на примере российской медицины и русского православия): Монография/Под ред. А. В. Решетникова, В. З. Кучеренко. – М.: Софт Издат, 2005. – 272 с.
- Черемушников И.К., Захарова И.А. Роль медицинского вуза в формировании коммуникативных навыков будущего специалиста.//Лечебное дело, 2011. - № 2. - С. 123-126
- Чернышева И.В. Медицина в социокультурной динамике общества. Автореф. дис. на соиск. уч. ст. к. филос.н., Волгоград, 2007 – 27с.
- Чернышева И.В. Культура и медицина: грани взаимодействия. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2007. - № 1. – С.87-91
- Чернышева И.В. О медицинской культуре викторианской Англии. // Гуманитарное образование и медицина: сборник научных трудов. – Т.65, вып. 1-2. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2011. – С. 33-42
- Чикин С.Я., Исаков Ю.Ф., Чекнев М.Б. Здравоохранение и подготовка врачебных кадров в СССР. – М.: Медицина, 1980. - 320 с.
- Чиж В.Ф. Болезнь Н.В. Гоголя. Записки психиатра. М., Терра – Книжный клуб, 2009 – 512 с.
- Шилова Л.С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения/Л.С. Шилова//Социологические исследования. - 2007.- №9. - С.102-109
- Шойфет М.С. Сто великих врачей. М.: Вече, 2004 – 516 с.
- Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии. – М.: Прогресс, 1969. – 340 с.
- Циттлау Й. Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их горе-врачей. – СПб.: Питер, 2010. – 224 с.
- Экшут С. Так говорил «матерый человецеще». //Родина. – 2012 -№ 12 – С. 87-95
- Эльштейн Н.В. Медицина и время. – Талинн: Валгус, 1990. – 352 с.
- Эльштейн Н.В. Двойственность врачебной тайны (размышления профессора).//Медицинское право. 2005 - №2 - С.44-48
- Эфрон А. «А жизнь идет как Енисей...». Туруханская ссылка: из писем, стихов, рассказов, записей /Ариадна Эфрон. Рядом с Алей. Воспоминания/ Ада Федерольф; [сост. С.С. Виленский, М.М. Уразова]- М.: Возвращение, 2010. – 392 с.
- Юдин Б.Г. Философия биомедицинских исследований: Этнос науки начала третьего тысячелетия. М., Институт человека РАН; Независимый институт гражданского общества, 2004. – 128 с.
- Юдин С.С. Из мемуарной повести «Захарьино» и анекдоты о знаменитом московском докторе Захарьине.//Социум. – 1994. - №4-5. – С. 41-50
- Юдин С.С. Размышления хирурга. – М.: Медицина, 1968. – 368 с.
- Янгсон Р., Счотт Я. Медицинские ошибки, заблуждения и преступления. Москва, Санкт-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс «Издательский дом «Азбука», 2009. – 372 с.
- Яшины афоризмы: Сб. юмористических высказываний, пословиц, поговорок./Сост. Я.Х. Бабушкин – Волгоград, 2009. – 371 с.

- Ahmed R., Bowen J., O'Donnell W. Cultural competence and language interpreter services in Minnesota: Results of a needs assessment survey administered to physician members of the Minnesota Medical Association. //Minnesota Medicine, 2004. - № 87(12). – P. 40-42
- Berridge V., Loughlin K. Medicine, the Market and the Mass Media: Producing Health in the Twentieth Century. London: Routledge, 2005. – 299 p.
- Bischoff A, Hudelson P, Bovier P.A. Doctor-patient gender concordance and patient satisfaction in interpreter-mediated consultations: An exploratory study.//Journal of Travel Medicine, 2008. - № 15(1). – P. 1-5
- Dayer-Berenson L. Cultural Competencies For Nurses: Impact On Health And Illness. Ontario: Jones and Barden Publ., 2011. - 346 p.
- Finger S. S. Revolutionary Medicine: The Founding Fathers and Mothers in Sickness and in Health by Jeanne E. Abrams (review).// Bulletin of the History of Medicine, 2014, - 88.2 - P. 383-384
- Fissell M. E. Vernacular Bodies: The Politics of Reproduction in Early Modern England. New York: Oxford, 2004. – 340 p.
- James A. Trostle Epidemiology and Culture (Cambridge Studies in Medical Anthropology).N-Y: Cambridge Univ. Press, 2005. – 208 p.
- John G., Raffensperger M.D. Children's Surgery: A Worldwide History. North Carolina: McFarland & Com. Inc., 2012. - 347 p.
- Lindemann M. Medicine and society in Early Modern Europe. Cambridge university press. 1999. – 249 p.
- Lupton D. Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies/ D. Lupton . - London. New Dehli: SAGE Publication, 1994. - 193 p.
- Payer L. Medicine and Culture: Revised Edition. N-Y.: Henry Holt and Co. LLC, 1996. - 204 p.
- Petrova I.A., Martinson J.S., Kibasova G.P., Fomina T.K. Short history of medicine – Volgograd: VolSMU. 2010. – 174 p.
- Porter R. Bodies Politic: Disease, Death and Doctors in Britain, 1650–1900. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2001. - 328 p.
- Purnell L. D., Paulanka B. J. Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2008. – 416 p.
- Purnell L. D., Paulanka B. Guide to Culturally Competent Health Care. Edition 2 F. A. Davis Company Publ., 2008.– 416 p.
- Rothman D. J., Marcus S, Kiceluk S. A. Medicine and Western Civilization. New Brunswick: Rutgers/ Univ/ Press, 2003. - 447 p.
- Rothman D. J., Blumenthal D., Dimick M., Hall M. A. Medical Professionalism in the New Information Age (Critical Issues in Health and Medicine). New Brunswick: Rutgers/ Univ/ Press, Aug 14, 2010. - 223 p.
- Rothman D. J., Rothman S. M. Trust is Not Enough: Bringing Human Rights to Medicine. New Brunswick: Rutgers/ Univ/ Press, 2006. - 240 p.

Van Dijck J. *The Transparent Body: A Cultural Analysis of Medical Imaging*. Seattle: University of Washington Press, 2005. – 208 p.

Vincent B. *Bioethics in a Cultural Context: Philosophy, Religion, History, Politics*. Boston: Wadsworth, 2012. – XXVII. - 435 p.

Weisstub D. N., Pintos G. D. *Autonomy and Human Rights in Health Care: An International Perspective* (International Library of Ethics, Law, and the New Medicine), Springer; Auflage, 2008. – 401 p.

Учебное издание

**Медведева Лариса Михайловна**

## **МЕДИЦИНА И КУЛЬТУРА**

Редактор *С. А. Бахтина*

Оформление обложки и компьютерная верстка *Е. А. Могутиной*

Директор Издательства ВолгГМУ *Л. К. Кожевников*

Санитарно-эпидемиологическое заключение  
№ 34.12.01.543. П 000006.01.07 от 11.01.2007 г.

Подписано в печать 05.08.2014. Формат 60x84/16.  
Усл. печ. л. 10,70. Уч. изд. 8,45. Бумага офсетная.  
Гарнитура «Times». Печать офсетная.  
Тираж 200 экз. Заказ 210.

Волгоградский государственный медицинский университет  
400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1.  
Издательство ВолгГМУ  
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45.